

CONSENSO INFORMATO – PEG

Io, sottoscritto/a _____ (o chi ne fa le veci in qualità di _____),
nato/a a _____ il _____ residente a _____
via _____

Dichiaro di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:

- della mia condizione clinica
- delle modalità di esecuzione della PEG
- delle sue finalità ed eventuali alternative
- delle potenziali complicanze
- di avere avuto le informazioni dal Medico che in calce firma
- di aver ricevuto la scheda informativa relativa alla PEG
- di aver avuto tempo e modo di porre tutte le domande che ho ritenuto opportune e di aver avuto in merito risposte esaurienti, che ho compreso e mi hanno soddisfatto..

Dichiaro inoltre di assumere i seguenti farmaci:

Preso atto di tutto ciò, in piena coscienza e libertà di giudizio, pur potendo in qualunque momento revocare tale decisione,

Accenso ad essere sottoposto/a alla PEG

Non accenso ad essere sottoposto/a alla PEG

Data _____ Firma _____ (Paziente/Tutore legale/Genitore)

Io sottoscritto Dott. _____ confermo di aver spiegato al paziente/parente le modalità di esecuzione dell'esame, i motivi, gli scopi, i benefici e le possibili complicanze della PEG.

Data _____ Firma _____ (Medico che ha informato il paziente)

Data _____ Firma _____ (Medico che esegue l'esame)