

CONSENSO INFORMATO RELATIVO AL TRATTAMENTO PARACHIRURGICO AMBULATORIALE DELLA MALATTIA EMORROIDARIA (ELASTO – LEGATURA EMORROIDI)

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

dichiaro di essere stato informato

- sulla mia condizione clinica
- sulla modalità di esecuzione di elasto-legatura emorroidi e sulla possibile necessità di ripetizione della stessa
- sui benefici, le complicanze, i rischi, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi ad essa associati
- sulle conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta
- sulle eventuali alternative terapeutiche
- che la struttura non dispone di sala di rianimazione; in caso di urgenza/emergenza per assicurare la continuità terapeutica viene garantito un trasferimento protetto e sotto controllo anestesilogico verso la Rianimazione dell'Ospedale di Novara con le quali esiste un accordo di convenzione.

dichiaro inoltre di assumere i seguenti farmaci:

dichiaro di essere allergico a:

autorizzo inoltre i medici a fornire informazioni sul mio stato di salute alle seguenti persone:

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 procedura di elasto-legatura emorroidi

Non accenso ad essere sottoposto/a alla procedura di elasto-legatura emorroidi

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

Io sottoscritto Dott. _____ confermo di aver spiegato al paziente/parente le modalità di esecuzione, i motivi, gli scopi, i benefici e le possibili complicanze alla procedura terapeutica sopra menzionata.

Data _____ Firma del medico _____