

CONSENSO INFORMATO – EGDSCOPIA

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

dichiaro di essere stato informato

- della mia condizione clinica
- delle modalità di esecuzione della egdscopia
- 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 egdscopia
- 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.

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

Acconsento ad essere sottoposto a **egdscopia**, ad eventuali **biopsie** o **asportazione endoscopica** di neoformazioni riscontrati nel corso dell'indagine (es. polipi) ed **all'esame istologico** delle stesse

Non acconsento ad essere sottoposto a **egdscopia**, ad eventuali **biopsie** o **asportazione endoscopica** di neoformazioni riscontrati nel corso dell'indagine (es. polipi) ed **all'esame istologico** delle stesse

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 egdscopia.

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

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