



DICHIARAZIONE DI INFORMAZIONE

Io sottoscritto.....

Dichiaro di essere stato informato dal dott. in modo chiaro, comprensibile ed esaustivo, con adeguato anticipo, mediante colloquio e consegna di materiale informativo, sulla natura e sullo stato dell'attuale quadro clinico, nonché sulla conseguente indicazione ad eseguire la seguente procedura:

☐ GASTROSCOPIA

☐ COLONSCOPIA

☐ RETTOSGMOSCOPIA

In relazione alla specifica procedura/e proposta mi sono state fornite ulteriori informazioni tra cui quelle contenute nell'opuscolo informativo allegato, del quale mi è stata anche consegnata copia e che è parte integrante del presente documento di consenso.

Dichiaro, in particolare, di essere stato informato riguardo a:

❖ assoluta necessità del digiuno (**almeno 6 ore per i solidi e 2 ore per i liquidi**)

❖ adempimenti preliminari, modalità di svolgimento, tempi della procedura

❖ tipologia e organizzazione della struttura sanitaria, con eventuale collaborazione/- partecipazione attiva di personale in formazione, con l'assistenza di tutor, e/o di specialisti formati, eventuali carenze della stessa (assenza di rianimazione e terapia intensiva, emodinamica, centro trasfusionale, altro) e carenze/inefficienze di tipo transitorio (.....)

❖ indicazione, in caso di necessità, a praticarmi trasfusione di sangue o emoderivati

❖ eventuale necessità di metodiche integrative (radiologiche, radiologiche interventistiche, chirurgiche, altro.....) conseguenti al mancato completamento/insuccesso della procedura propostami

❖ possibile evoluzione della malattia/quadro clinico in caso di rifiuto della procedura.

❖ In ordine alle complicanze, mortalità, controindicazioni e principi di tecnica, mi è stata fornita ampia e specifica informazione, nonché consegnato l'opuscolo allegato che tale informazione riassume e illustra. Mi è stato anche spiegato che le percentuali riportate aumentano in relazione a particolare complessità anatomica o a situazioni cliniche particolarmente critiche

.....
.....

ADESIONE ALLA PROCEDURA

ACCETTO DI ESSERE SOTTOPOSTO ALLA PROCEDURA PROPOSTA COMPRESA OGNI MANOVRA CONNESSA E COMPLEMENTARE

Firma del paziente

Firma dell'esercente la patria potestà o del Tutore.....

Firma dell'eventuale testimone.....

Firma dell'interprete/delegato (il quale attesta di aver ricevuto tutte le informazioni di cui sopra e di averle trasmesse al paziente

SEDAZIONE

Acconsento a essere sottoposto a sedazione/analgesia finalizzata a ridurre il dolore/fastidio e a facilitare l'esecuzione dell'esame.

Acconsento Firma..... Non Acconsento Firma

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Il sottoscritto Dott., do atto, contestualmente alla firma del paziente, che lo stesso mostra di avere compreso tutto quanto sopra esposto, dopo adeguata informazione e lettura dell'opuscolo integrativo.

Firma del Medico che ha informato il paziente

Policoro,

RIFIUTO CONSAPEVOLE

Avendo compreso contenuti e finalità delle informazioni fornite, non acconsento a sottopormi alla procedura proposta,

Firma del paziente..... Data.....

ALTERNATIVE-RINUNCIA ALL'INFORMAZIONE/DELEGA A TERZI

❖ Dichiaro ai fini dell'acquisizione del consenso, di aver espresso piena fiducia nelle scelte e nell'operato dei sanitari, e di aver quindi rinunciato consapevolmente a qualsiasi informazione proposta dai medesimi.

Firma del paziente..... Data.....

❖ Delego il Sig... (che sottoscrive per accettazione) a raccogliere le informazioni dei sanitari a seguito delle quali mi riservo di esprimere/negare il consenso alle informazioni proposte.

Firma..... Delegato.....

REVOCA DEL CONSENSO IN CORSO D'ESAME

Firma..... Data.....