

**U.O. di Gastroenterologia e di Endoscopia Digestiva**  
**Via E. Chianesi 53, 00144 Roma. Tel. 06 52665905**  
**Dirigente Responsabile f.f. Dott.ssa Vittoria Stigliano**

## CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ roma in data \_\_\_\_\_  
 residente a Roma \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

### DICHIARO

- 1) di aver ricevuto, in relazione alla seguente o sospetta diagnosi \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ una informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto attraverso:

- l'informativa fornita;
- il colloquio con il Dott. **Daniela Assisi Rocco Lapenta Vanella Giuseppe**

in relazione al seguente (barrare la casella):

ESAME ENDOSCOPICO DIAGNOSTICO	ESAME ENDOSCOPICO TERAPEUTICO	SEDAZIONE COSCIENTE	SEDAZIONE PROFONDA
----------------------------------	----------------------------------	---------------------	--------------------

### SPECIFICARE Colonscopia + posizionamento protesi del colon

- 2) di consentire espressamente che venga eseguito sulla mia persona l'esame proposto che è necessario ai fini della definizione diagnostica della patologia \_\_\_\_\_
- 3) di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima della prestazione sanitaria;
- 4) di aver avuto la possibilità di fare le seguenti domande \_\_\_\_\_
- 5) di aver ricevuto le seguenti idonee risposte \_\_\_\_\_
- 6) di essere stato informato di poter ricevere i seguenti benefici \_\_\_\_\_
- 7) di essere stato informato di poter avere i seguenti effetti indesiderati derivanti da questo trattamento Sanguinamento e perforazione \_\_\_\_\_
- 8) di essere stato informato sui seguenti possibili trattamenti alternativi \_\_\_\_\_
- 9) osservazioni \_\_\_\_\_

Sulla base delle informazioni che mi sono state fornite dichiaro liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza di:

☒ accettare ☐ non accettare l'atto sanitario proposto.

**Data 10/01/2018**

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma dei genitori (in caso di minori di età) \_\_\_\_\_

N.B.: in caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione.

Firma del legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale)

N.B.: va allegata la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante.

Firma dell'accompagnatore (in caso di sedazione cosciente/profonda) \_\_\_\_\_

Firma del medico Dott. \_\_\_\_\_

U.O.S.D. Gastroenterologia

IFO - ISTITUTO REGINA ELENA  
 Dr. Rocco Lapenta  
 9085102015802023

REVISIONE  
0

DATA  
26.01.10

TITOLO DOC  
CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA  
Documentaz

CODICE DOC  
M.GAS-14

PAG 1 DI 1