

DICHIARAZIONE DI CONSENSO/DISSENSO

E' stata posta diagnosi sospetta/accertata di

[REDACTED]

La sottoscritta [REDACTED] Dichiaro di acconsentire / non

acconsentire ad essere sottoposta all'intervento di

Asportazione tumefazione addominale +
ev. isterectomia ed annessiectomia bilaterale
in laparoscopia ev. laparotomia
caulocistotomia sulle base delle lesioni
riscovrate in VLPs.

La natura e lo scopo del quale mi sono stati illustrati durante il colloquio informativo

dal Dottor [REDACTED] in data 20/12/2018

La sottoscritta acconsente/non acconsente ad eventuali metodiche terapeutiche o integrative che possono essere ritenute necessarie durante il corso dell'intervento e alla somministrazione di anestesia locale, generale o di altro tipo, per lo stesso scopo.

La sottoscritta dichiara inoltre di essere stata informata che l'intervento sarà effettuato dai medici dell'equipe di Ginecologia Oncologica che si potranno avvalere, qualora sia ritenuto necessario, della consulenza e della collaborazione di colleghi di un'altra Unità Operativa.

Luogo e data

[REDACTED]

La paziente

[REDACTED]

Luogo e data

[REDACTED]

Il medico

[REDACTED]