

**Unità Operativa Complessa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva**  
 Direttore Dott. Gianpiero Manes

**CONSENSO ALLA COLONSCOPIA**
**IO SOTTOSCRITTO**

Nome e cognome..... Data di nascita...30/08/19968...Nazionalità...ITA.....

-In caso di paziente minorenne:

Nome e cognome del padre.....Nome e cognome della madre .....

 -Esistono limitazioni legali o naturali che non consentono la libera espressione del consenso al trattamento proposto?  
 Si [ ] No [ ]

Dati del rappresentante legale: Nome e cognome.....Data di nascita.....

-Il consenso è stato acquisito attraverso interprete o mediatore culturale?

Si [ ] No [ ]

Dati dell'interprete o mediatore culturale : Nome e cognome.....Data di nascita.....

**DICHIARO**

di essere stato informato/a sulla natura e gli scopi della procedura COLONSCOPIA CON ILEOSCOPIA .....

 che mi sono stati spiegati in modo chiaro e comprensibile dal Dr...MANDELLI....., con l'ausilio di un  
 prospetto cartaceo che io ho letto attentamente.

Dichiaro di essere stato informato sugli obiettivi dell'esame/procedura, sui possibili insuccessi, rischi e complicanze immediati o futuri, sui vantaggi offerti dalla procedura, sugli svantaggi conseguenti alla sua mancata esecuzione e sulle alternative alla procedura stessa. Ho avuto inoltre assicurazione che durante la esecuzione della procedura sarò assistito da personale qualificato per far fronte a qualsiasi evenienza e che verranno usate apparecchiature a norma di legge. Sono stato informato inoltre del mio diritto a revocare in qualsiasi momento il mio consenso alla procedura in oggetto. Alle domande da me poste, il medico che mi ha in cura ha risposto in modo comprensibile ed esauriente.

 Consapevolmente, quindi: **Acconsento** ☒ **Non Acconsento** ☐ a sottopormi alla procedura/esame propostomi.

**Con sedazione** ☐ **Senza sedazione** ☐ e a tutte le procedure infermieristiche relative all'esame e ad eventuali prelievi biotipici e/o misure terapeutiche che si rendessero necessarie nel corso o dopo l'esecuzione dell'esame stesso.

Firma del paziente.....

 Nome Cognome.....Genitore ☐ Legale rappresentante ☐

 Nome Cognome.....Genitore ☐ Legale rappresentante ☐

Il sottoscritto Medico che ha acquisito il presente consenso, dichiara di avere verificato la piena comprensione da parte del Paziente (o altra figura come sopra indicato) di quanto sopra esposto in merito al presente trattamento sanitario;

Luogo e data: 12/10/2015 Firma e timbro del medico.....

Dichiaro di revocare il consenso Firma.....data.....ora.....