

Informed consent statement

**Title: Asymptomatic portal vein aneurysm:
Three clinical cases and review of the literature**

Written informed consent was obtained from
patient.

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO
AL TRATTAMENTO SANITARIO ED
AL TRATTAMENTO DEI DATI
PERSONALI**

UNITA' OPERATIVA	U.O.S. di Ecografia Diagnostica ed Interventistica
DIRETTORE	Dott. Ilario de Sio

IL SOTTOSCRITTO

FIRMANDO IL PRESENTE CONSENSO

- **autorizza** il trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di cui alla premessa;
- **esprime consenso** al **trattamento** dei dati personali e dei dati sensibili relativi alla propria persona nel rispetto della norma sulla privacy.

DATA 7/12/2020

FIRMA PAZIENTE		FIRMA DEL TUTORE	
IN CASO DI MINORE	Il/la sottoscritto/a padre/madre dichiara di esercitare la potestà genitoriale e che l'altro genitore è informato.	FIRMA DEL GENITORE	

(Parte riservata al medico)

Dal colloquio avuto, è risultato che il paziente ha ricevuto le informazioni necessarie, avvalendosi del modulo di informativa ed ha espresso liberamente il suo consenso.

IL MEDICO* DR.

DATA 7/12/2020

* Il medico che firma e raccoglie il consenso può essere diverso da quello che ha prioritariamente informato il paziente e/o che esegue l'intervento; laddove una procedura organizzativa e/o un percorso assistenziale, dell'Unità Operativa e/o del Dipartimento e/o della Struttura, l'abbia appositamente previsto, condiviso e certificato

Eventuali allegati: (specificare)

Informed consent statement

**Title: Asymptomatic portal vein aneurysm:
Three clinical cases and review of the literature**

Written informed consent was obtained from
patient.

MODULO DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO ED AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

UNITA' OPERATIVA	U.O.S. di Ecografia Diagnostica ed Interventistica
DIRETTORE	Dott. Ilario de Sio

IL SOTTOSCRITTO _____

FIRMANDO IL PRESENTE CONSENSO

- **autorizza** il trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di cui alla premessa;
- esprime consenso al **trattamento** dei dati personali e dei dati sensibili relativi alla propria persona nel rispetto della norma sulla privacy.

DATA 17/12/20

FIRMA PAZIENTE	_____	FIRMA DEL TUTORE	_____
IN CASO DI MINORE	Il/la sottoscritto/a padre/madre dichiara di esercitare la potestà genitoriale e che l'altro genitore è informato.	FIRMA DEL GENITORE	_____

(Parte riservata al medico)

Dal colloquio avuto, è risultato che il paziente ha ricevuto le informazioni necessarie, avvalendosi del modulo di informativa ed ha espresso liberamente il suo consenso.

IL MEDICO* DR. _____

DATA 17/12/20

* Il medico che firma e raccoglie il consenso può essere diverso da quello che ha prioritariamente informato il paziente e/o che esegue l'intervento; laddove una procedura organizzativa e/o un percorso assistenziale, dell'Unità Operativa e/o del Dipartimento e/o della Struttura, l'abbia appositamente previsto, condiviso e certificato

Eventuali allegati: (specificare)

Informed consent statement

Title: Asymptomatic portal vein aneurysm:
Three clinical cases and review of the literature
Written informed consent was obtained from
patient.

MODULO DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO ED AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

UNITA' OPERATIVA	U.O.S. di Ecografia Diagnostica ed Interventistica
DIRETTORE	Dott. Ilario de Sio

IL SOTTOSCRITTO

FIRMANDO IL PRESENTE CONSENSO

- autorizza il trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di cui alla premessa;
- esprime consenso al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili relativi alla propria persona nel rispetto della norma sulla privacy.

DATA 17/12/20

FIRMA PAZIENTE		FIRMA DEL TUTORE	
IN CASO DI MINORE	Il/la sottoscritto/a padre/madre dichiara di esercitare la potestà genitoriale e che l'altro genitore è informato.	FIRMA DEL GENITORE	

(Parte riservata al medico)

Dal colloquio avuto, è risultato che il paziente ha ricevuto le informazioni necessarie, avvalendosi del modulo di informativa ed ha espresso liberamente il suo consenso.

IL MEDICO* DR.

DATA 17/12/20

* Il medico che firma e raccoglie il consenso può essere diverso da quello che ha prioritariamente informato il paziente e/o che esegue l'intervento; laddove una procedura organizzativa e/o un percorso assistenziale, dell'Unità Operativa e/o del Dipartimento e/o della Struttura, l'abbia appositamente previsto, condiviso e certificato

Eventuali allegati: (specificare)