

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO/DISSENSO

E' stata posta diagnosi sospetta/accertata di



La sottoscritta .

Dichiara di acconsentire / ~~non~~ \_\_\_\_\_

acconsentire ad essere sottoposta all'intervento di

Asportazione tumefazione addominale +  
ev. isterectomia ed ampiectomia bilaterale  
in laparoscopia ev. laparotomia  
e asportazione delle lesioni  
riscontrate in UTUS.

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

dal Dottor .   in data .....

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. La sottoscritta  
acconsente all'eventuale utilizzo dei dati e delle immagini in maniera anonima a fini di pubblicazione scientifica.  
Luogo e data

