

**U.O. di Gastroenterologia e di Endoscopia Digestiva**

Via E. Chianesi 53, 00144 Roma. Tel. 06 52665905

Responsabile Dott.ssa Vittoria Stigliano

## CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA

Io sottoscritto/a: nato/a: in data:  
residente a: 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/la

in relazione al seguente (barrare la casella);

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

#### SPECIFICARE

- 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:

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