

DATI IDENTIFICATIVI

Il sottoscritto.....

nato a.....il.....

dichiara consapevolmente

- di aver compreso il tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente:

Esame

- di aver pienamente compreso le informazioni, che sono state fornite, tramite apposita informativa, in data.....

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

☐ **accetto di sottopormi all'indagine proposta**

(in donna in età fertile)

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA☐ **SI**☐ **NO**

Data

Firma paziente

Firma Medico**REVOCA DEL CONSENSO**

Il Sottoscritto.....

in data dichiara di revocare il consenso, avendo ricevuto dai sanitari informazioni sulle conseguenze di tale decisione e sulle possibili alternative.

Data

Firma del paziente

Firma Medico