

Facoltà di Medicina e Chirurgia
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA
Direttore: Prof. Alberto Del Genio
SERVIZIO DI CHIRURGIA ENDOSCOPICA
Dirigente: Prof. Angelo Pezzullo

CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO ENDOSCOPICO

Io sottoscritto/anato/a ila.....
Nella mia piena capacità di intendere e di volere, dichiaro di essere stato/a esaurientemente informato/a sulla natura, l'evoluzione e ogni prevedibile complicanza dell'infermità di cui sono affetto/a nonché di tutti i possibili trattamenti terapeutici offerti dall'odierna scienza medica dal dottor:.....

Sono stato/a informato/a in maniera particolareggiata in merito agli accertamenti strumentali a cui dovrò essere sottoposto/a, anche in relazione all'eventuale uso di mezzi di contrasto e/o di tecniche e metodiche invasive a fini diagnostico-terapeutici ed alla sedazione.

Sono consapevole dei rischi generici inerenti la tecnica e le metodiche da attuarsi, esposti in modo chiaro e per me comprensibile, con particolare riguardo al tipo di intervento endoscopico che il caso richiede, alle relative tecniche di esecuzione e alle possibili complicanze che da questo possono derivare anche qualora venga espletato secondo tutte le tecniche dell'arte, con perizia, prudenza e diligenza, nonché sugli svantaggi della mancata esecuzione della procedura.

Dichiaro, inoltre, di essere a conoscenza che le mie condizioni generali di salute mi espongono alle seguenti complicanze aggiuntive:.....

Alle domande da me poste ho ricevuto esaurienti risposte, acconsento pertanto, alla seguente procedura endoscopica che mi è stata prospettata ed inoltre acconsento che il medico chirurgo, in relazione all'infermità di cui sono affetto/a modifichi la tecnica e/o il tipo di intervento concordati qualora ciò sei necessario nel corso dell'atto endoscopico ovvero qualora se ne presentasse la necessità e le mie condizioni psicofisiche non mi permettessero di esprimere nuovo consenso.

Napoli, il

Firma del paziente

X.....

Firma del genitore o tutore

.....

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 10 della legge 675/96 (tutela della privacy), Le comunichiamo che i suoi dati personali saranno conservati negli archivi di questa struttura per espletare l'attività scientifica e assistenziale e che Lei è investito dei diritti previsti dall'art. 13 della stessa legge.

Firma

X.....