

Compilare solo in caso di impossibilità
alla stampa dell'etichetta

Cognome:
Nome:
Data di nascita: ___/___/___

CONSENSO INFORMATO

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS)

- EVENTUALE POLIPECTOMIA
- EVENTUALE LEGATURA VARICI ESOFAGEE
- EVENTUALE TRATTAMENTO EMORRAGIA

SENZA O CON SEDAZIONE COSCIENTE E/O PROFONDA

Io sottoscritto/a Nazionalità italiana
 altro lingua parlata italiana altro dichiaro di essere
stato/a informato/a in modo comprensibile ed adeguato dal Dott. e di avere letto e
compreso le informazioni scritte ricevute.

Preso atto della situazione illustrata, chiedo ulteriori spiegazioni riguardo a:

.....

Confermo di avere avuto risposte esaurienti anche a tutti i quesiti e chiarimenti avanzati spontaneamente e di essere
pienamente cosciente, consapevole e libero/a nelle scelte che attengono alla mia persona.

Preso atto della situazione illustrata dichiaro di accettare rifiutare la procedura che mi è stata proposta:
 accettare rifiutare di essere sottoposto alle manovre per la **sedazione**, tenuto conto anche delle
conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della sedazione, così come
descritte nell'informativa

La firma sottostante conferma che il consenso/rifiuto della procedura proposta è espresso dal sottoscritto/a in modo attuale,
libero e consapevole, e che la presente documentazione è conforme all'andamento del colloquio/dei colloqui avuti con il/i
medico/i.

Dichiaro di aver ricevuto copia dell'informativa scritta specifica riguardo a: **ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS)**

- **EVENTUALE POLIPECTOMIA**
- **EVENTUALE LEGATURA VARICI ESOFAGEE**
- **EVENTUALE TRATTAMENTO EMORRAGIA**

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.

Firma del/della Paziente:

Se minore: Madre Padre
(nome, cognome e firma) (nome, cognome e firma)

Eventuale Tutore/Amministratore di sostegno:
(nome, cognome e firma)

Eventuale Interprete:
(nome, cognome e firma)

N.B. Il paziente che ha espresso il proprio consenso è libero di rifiutare la prestazione in qualsiasi momento

Data del consenso rifiuto informato/...../.....

Osservazioni:.....
.....

Firma e timbro (o matricola) del Medico

Eventuali testimoni (*nome, cognome e firma*):

.....
.....

Inoltre acconsento NON acconsento all'utilizzo, in forma anonima, a scopo didattico e/o scientifico, dei reperti e della documentazione iconografica, nel pieno rispetto di quanto le leggi prevedono.

Firma del/della Paziente:

Se minore: Madre Padre
(*nome, cognome e firma*) (*nome, cognome e firma*)

Eventuale Tutore/Amministratore di sostegno:
(*nome, cognome e firma*)

Eventuale Interprete:
(*nome, cognome e firma*)

Data del consenso rifiuto/...../.....