Struttura Semplice Dipartimentale di Endoscopia Digestiva e Gastroenterologia
Responsabile: Dott.ssa Piera Leoni

_____ , ____ / ____ / _____

Io sottoscritto/a _____nato/a a _____il ____ / ____ / _____

nel pieno possesso delle mie facoltà fisiche e mentali, dichiaro di essere stato/a esaurientemente informato, attraverso colloqui diretti con il Dr._____, relativamente all'intervento di

_____
(definire la procedura o intervento)

□ senza sedazione □ con sedazione □ con sedazione profonda □ anestesia generale

conseguente a _____ .
(definire la patologia o il sospetto diagnostico)

In particolare dichiaro:

- di avere letto e compreso le informazioni contenute nella **NOTA INFORMATIVA** allegata, che mi è stata consegnata e spiegata chiaramente,
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento
- di essere stato messo al corrente:

1. delle modalità di effettuazione del trattamento, delle diverse modalità/tecniche possibili e relativi vantaggi e rischi
2. dei risultati conseguibili in termini di probabilità di successo, di benefici e limitazioni per la vita futura.
3. di condizioni morbose concomitanti che possono costituire fattore di rischio
4. delle conseguenze temporanee e permanenti prevedibili,
5. di eventuali ricadute nell'ambito della vita familiare e sociale e sulle attività occupazionali
6. di possibili problemi di recupero dopo l'intervento
7. di eventuali rischi e complicanze e della probabilità che avvengano e di come possano essere risolti
8. dell'eventuale possibilità di scelta fra cure diverse o diverse tecniche operatorie e i relativi vantaggi e rischi
9. delle eventuali patologie che con maggior probabilità potranno essere scoperte nel corso dell'intervento al fine di acquisire il Consenso Informato per il trattamento di esse
10. delle possibili conseguenze derivanti dal rifiuto dell'atto sanitario

Dichiaro pertanto di ☐ **ACCETTARE** ☐ di N**ON ACCETTARE** di sottopormi al trattamento proposto.

Mi impegno infine a eseguire i controlli necessari che verranno proposti e di attenermi alle indicazioni che verranno fornite.

Firma leggibile e timbro del medico _____ Firma del paziente _____ Firma dell'interprete _____

Firma dell'amministratore di sostegno
_____

Firma del rappresentante legale
_____

Eventuale **revoca** : data____/____/_____ firma _____