



Ospedale Maggiore di Lodi  
Distretti e Presidi Lodigiani

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Lodi

## Consenso Informato

Pr.48 – Mod. 1

Rev. 1

Data: 5/06/2018

Pagina 1 di 1

Piazza Ospitale, 10 – 26900 Lodi

DIPARTIMENTO

**Unità Strutturale 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

\_\_\_\_\_  con sedazione  senza sedazione  
(definire la procedura o intervento)

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 **NON 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 \_\_\_\_\_