



1 - DATI IDENTIFICATIVI

1- DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE

Cognome e Nomedata di nascita.....

Telefono.....

1 a) - DATI ESERCENTE/I LA PODESTA' GENITORIALE (in caso di minore eta')

Cognome e Nome.....data di nascita.....

Telefono.....

N.B. Nel caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione

1 b) DATI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale)

Cognome e Nome.....data di nascita.....

Telefono.....

NB. Va allegata la documentazione che indica i poteri di legale rappresentante

2 - DATI SANITARI E DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE (a cura del Medico)

2 a) SINTESI SITUAZIONE CLINICA E INDICAZIONE ALL'ESAME

.....

- EGDS+ EV.BIOPSIA+ EV POLIPECTOMIA (EGDS=Esofagogastroduodenoscopia)
- EGDS+MUCOSECTOMIA (EMR)
- EGDS+RESEZIONE ENDOSCOPICA SOTTOMUCOSA (ESD)
- EGDS+LEGATURE VARICI ESOFAGEE E/O GASTRICHE
- EGDS+ECOENDOSCOPIA
- EGDS+POSIZIONAMENTO PROTESI
- EGDS+DILATAZIONE
- EGDS+POSIZIONAMENTO PEG/PEJ/PEG-J (Peg=GastroscopiaPercutaneaEndoscopica)
- RSCS+EV.BIOPSIA+EV POLIPECTOMIA (RSCS= Rettosigmoidecolonscopia)
- RSCS+MUCOSECTOMIA (EMR)
- RSCS+RESEZIONE ENDOSCOPICA SOTTOMUCOSA (ESD)
- RSCS+ECOENDOSCOPIA
- RSCS+POSIZIONAMENTO PROTESI
- RSCS+DILATAZIONE
- ERCP (ERCP=ColangiopancreatografiaRetrogradaEndoscopica)
- ALTRO.....

2c) Informativa: **DICHIARO di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto**, secondo quanto previsto dalla Procedura operativa aziendale su informazione e consenso all'atto sanitario.

3 - ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a.....

DICHIARO

3 a) di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto attraverso:

Colloquio con un medico (obbligatorio) avvenuto il

Documentazione informativa scritta (barrare la casella se è stata fornita)

3 b) di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento e di chiedere ogni ulteriore informazione qualora lo desideri.

3 c) di barrare l'opzione scelta:

ACCETTARE

NON ACCETTARE

Liberamente, spontaneamente e in piena coscienza dell'atto sanitario proposto.

3 d) di barrare l'opzione scelta:

AUTORIZZARE

NON AUTORIZZARE

L'utilizzazione in forma anonima, a scopo didattico e/o scientifico, dei reperti e della documentazione iconografica, nel pieno rispetto di quanto le Leggi prevedono.

3 e) scrivere eventuali osservazioni

.....

Firma del Paziente o del Tutore

**Timbro e Firma del
Medico**

Data.....

.....

4 - REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto in data.....

DICHIARO di voler revocare il consenso precedentemente fornito Firma.....

Firma di eventuale Testimone.....

IL PAZIENTE DICHIARA DI:

- non assumere o di aver sospeso il trattamento con anticoagulanti-antiaggreganti

- di non essere portatore di pace-maker

- Acconsento che le notizie sul mio stato di salute siano date al/alla Sig./sig.ra.....

- In caso di sedazione di astenersi dal guidare veicoli o operare con macchine nelle 12 ore successive alla somministrazione dei sedativi

Firma del Paziente o del Tutore

Data.....

.....

Responsabile del Procedimento: Dott. Bisello Marco

Segreteria: Area Endoscopica-Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Madre Teresa di Calcutta - Via Albere,
30 - Monselice

Tel. 0429/715351.352.353 Fax 0429/715355 – e-mail: endoscopia@aulss6.veneto.it.