



DIRETTORE Dr. PAOLA COGNEIN
Dr. L. Assandri, Dr. C. Cordiviola, Dr. C. Gambaro,
Dr. E. Iiritano, Dr. L.G. Isola, Dr. G. Laino, Dr. M.Mossa, Dr.V. Nosei

CONSENSO INFORMATO ALLE PROCEDURE ENDOSCOPICHE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

1. Dichiaro di aver preso visione del modulo informativo, che gli è stato consegnato, inerente alla procedura endoscopica a cui sta per essere sottoposto;
2. Dichiaro di essere stato informato sulle modalità della procedura endoscopica, sul metodo operativo, sui rischi, sui vantaggi conseguibili, anche rispetto ad altre metodiche e sugli eventuali svantaggi della mancata indagine. Acconsento inoltre a sottopormi alle eventuali ulteriori misure diagnostiche e/o terapeutiche che si rendessero necessarie nel corso della procedura, e all'eventuale acquisizione di immagini endoscopiche.
3. Il Sanitario ha risposto inoltre alle domande da me poste, in modo comprensibile e sufficiente, informandomi che potrò revocare il mio consenso, per giusti motivi, fin quando tecnicamente possibile.
4. Dichiaro di essere stato adeguatamente informato e di aver compreso le indicazioni e le modalità di esecuzione delle procedure endoscopiche diagnostiche e terapeutiche e delle e degli eventuali rischi che tali procedure possono comportare
5. **Dichiaro di accettare di essere sottoposto a:**
 - **ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA** DIAGNOSTICA (CON EVENTUALI BIOPSIE) E/O OPERATIVA (RESEZIONI ENDOSCOPICHE, POSIZIONAMENTO DI PROTESI, EMOSTASI, RIMOZIONE CORPI ESTRANEI, SVUOTAMENTO RACCOLTE PANCREATICHE, CHIUSURA FISTOLE, DEROTAZIONE VOLVOLO)
 - **COLONSCOPIA** DIAGNOSTICA (CON EVENTUALI BIOPSIE) E/O OPERATIVA (RESEZIONI ENDOSCOPICHE, POSIZIONAMENTO DI PROTESI, EMOSTASI, RIMOZIONE CORPI ESTRANEI, CHIUSURA FISTOLE, DEROTAZIONE VOLVOLO).

Farmaci assunti a domicilio:

Per ridurre ulteriormente il rischio di complicanze, La preghiamo di rispondere alle seguenti domande:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Assume regolarmente farmaci anticoagulanti o antiaggreganti ? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Sa di avere allergie o intolleranza a farmaci ? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Sa di avere malattie del fegato ? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Sa di avere malattie del sangue ? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 5. E' portatore di Pacemaker ? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 6. E' portatore di protesi dentaria mobile ? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Genova, li _____

Firma dell'Utente _____

Il Legale Rappresentante Sig.ra _____

Firma del Legale Rappresentante _____

Firma del Medico _____