
CONSENSO INFORMATO

Dichiaro di essere stato informato dal Dr
in modo chiaro e comprensibile che per il mio quadro clinico, come da richiesta del medico curante,
è opportuna l'esecuzione della procedura endoscopica proposta.

Dichiaro inoltre di:

- aver letto attentamente le informazioni e/o di aver avuto spiegazioni relative alla procedura proposta
- di aver chiaramente compreso le eventuali possibili alternative e le modalità di esecuzione dell'esame
- di essere pienamente consapevole degli obiettivi, dei benefici e dei possibili insuccessi dell'esame
- di essere a conoscenza degli eventuali rischi o complicanze legate alla procedura stessa o alla eventuale sedazione farmacologica.

Dichiaro inoltre di essere stato informato/a che, nonostante l'adozione di ogni precauzione standard, l'assistenza e la permanenza all'interno delle strutture sanitarie possono comportare un rischio di contagio accidentale da Coronavirus (SARS-CoV-2).

Se sottoposto a sedazione accetto eventuali misure di protezione (lettino con spondine laterali) e mi impegno inoltre a non guidare automobili. operare con macchine pericolose per tutta la giornata odierna.

Per confermare l'esecuzione dell'esame CON SEDAZIONE,

firma leggibile _____

Per confermare l'esecuzione dell'esame SENZA SEDAZIONE,

firma leggibile _____

Firma del Medico _____