


**CONSENSO INFORMATO TERMOABLAZIONE CON RADIOFREQUENZA/MICROONDE**

Nome e Cognome del Paziente: \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **dichiara** di essere stato/a informato/a dal Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ riguardo alle indagini e/o terapie proposte, sulle indicazioni e sugli eventuali rischi che da essa possono derivare;
- **conferma** di aver ricevuto l' informativa e di aver ben compreso le spiegazioni che gli sono state fornite e pertanto **acconsente** a sottoporsi a questa procedura;
- **accetta** inoltre di sottoporsi alle eventuali procedure d'urgenza che si rendessero indispensabili.

- Dati identificativi dei genitori (se minore d'età) \_\_\_\_\_

- Dati del legale rappresentante (se soggetto privo in parte/del tutto di autonomia decisionale) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INR:** \_\_\_\_\_ PT \_\_\_\_\_ PTT \_\_\_\_\_

**Piastrine:** \_\_\_\_\_

**Creatininemia:** \_\_\_\_\_

**GFR:** \_\_\_\_\_

 Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Firma del Paziente** \_\_\_\_\_

**Firma del Medico Richiedente** \_\_\_\_\_

**Firma del Medico Operatore** \_\_\_\_\_