

**CONSENSO INFORMATO POSIZIONAMENTO CON GUIDA ECOGRAFICA DI CLIP PER  
TERAPIA NEOADIUVANTE**

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) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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