



CONSENSO INFORMATO PER ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Io sottoscritto _____

dichiaro di aver discusso con mio medico curante Dott. _____

la mia situazione clinica e di aver ottenuto in proposito spiegazioni esaurienti; sono pertanto consapevole che si rende necessario eseguire la procedura endoscopica prescrittami. Ho esaminato e bene compreso la descrizione riportata nel rispettivo modulo informativo, relativa agli scopi, alle modalità di esecuzione, ai rischi ed alle possibili conseguenze di questa indagine.

Ho potuto avere ulteriori chiarimenti e risposte ad ogni domanda, da parte del medico endoscopista di codesto servizio, con particolare riguardo alla mia specifica situazione.

Sono a conoscenza del fatto che, dinnanzi ad impreviste difficoltà, il medico endoscopista potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora l'eventuale modifica della procedura stessa, al solo fine di fronteggiare le complicanze.

Pertanto dichiaro di **ACCONSENTIRE** all'esecuzione dell'indagine.

Firma del paziente _____

Il Medico esaminatore _____

Data _____

Dichiaro altresì che:
faccio uso dei seguenti farmaci: _____

sono allergico a: _____