



OSPEDALE CLASSIFICATO EQUIPARATO SACRO CUORE - DON CALABRIA

Presidio Ospedaliero Accreditato - Regione Veneto

37024 NEGRAR (Verona) - Tel. 045.601.31.11

SERVIZIO DI ENDOSCOPIA TORACICA

Responsabile: Dr. Carlo Pomari

Via Don A. Sempredoni, 5 - 37024 Negrar (Vr) - Tel. (+39) 045.601.37.37 - Fax (+39) 045.601.48.85

www.sacrocuoredoncalabria.it

CONSENSO INFORMATO ALLA BRONCOSCOPIA

Io sottoscritt _____ dichiaro di essere stat _____ informat _____

in modo esauriente e comprensibile dal dott. _____

sulle modalità di esecuzione della broncoscopia e sulle eventuali alternative diagnostiche.

Ho esaminato e bene compreso la descrizione riportata nel modulo informativo, relativa agli scopi, alle modalità di esecuzione, ai rischi ed alle possibili conseguenze di questa indagine. In particolare mi sono state illustrate le possibili complicanze legate all'indagine con particolare riguardo ai rischi specificamente connessi con il mio caso. Ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'utilità dei risultati attesi dall'indagine prevale di gran lunga sui possibili effetti indesiderati.

Sono inoltre stato informato che in corso di esame potrebbe risultare utile, ai fini diagnostico/terapeutici, acquisire una documentazione fotografica/video la cui archiviazione e custodia avverrà in stretta osservanza della normativa vigente in tema di tutela della riservatezza dei dati personali e sensibili (D.L. 196/03 e agg.).

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che, dinanzi ad impreviste complicanze o emergenze, potrebbe rendersi necessario modificare la procedura concordata o eseguire trattamenti diretti a fronteggiare tali evenienze; se in queste circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora ogni trattamento giudicato utile/necessario.

Dichiaro di assumere i seguenti farmaci:

Di aver sospeso la terapia antiaggregante/anticoagulante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	da quanti giorni: _____
Di avere allergie	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Quali: _____
Di essere portatore di Pacemaker cardiaco	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Di essere portatore di Defibrillatore impiantato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Di essere affetto da glaucoma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Di essere affetto da diabete	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Preso atto di tutte le informazioni, comprese le eventuali opzioni diagnostiche alternative

Dichiaro di ACCONSENTIRE:

All'esecuzione dell'indagine	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
All'esecuzione di eventuali procedure diagnostiche e/o terapeutiche integrative	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
All'esecuzione della sedazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
All'eventuale acquisizione di immagini fotografiche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Firma del paziente _____

Firma del Medico esaminatore _____

Data _____

In caso di minore/incapace è necessaria la firma di un genitore o rappresentante legale:

Il/la sottoscritto/a _____

genitore o rappresentante legale di _____

nato/a il _____ dichiara di essere stato/a informato/a riguardo la procedura di broncoscopia
e pertanto acconsente all'esecuzione dell'esame.

Firma del genitore o del rappresentante legale _____

Data _____