



IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico **Sacro Cuore - Don Calabria**

Ospedale Classificato e Presidio Ospedaliero Accreditato - Regione Veneto

37024 Negrar di Valpolicella (Vr) - Tel. 045.601.31.11

SERVIZIO DI ENDOSCOPIA TORACICA

Responsabile: Dr. Carlo Pomari

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

www.sacrocuore.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 e di avere correttamente compilato il questionario allegato. 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 delle normative vigenti in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679, D.Lgs. 196/2003 e delle loro ss. mm. ii. ed eventuali provvedimenti collegati, anche alla luce delle indicazioni dell'Autorità Garante).

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 assumere farmaci che alterano la coagulazione del sangue

(es. Aspirina, Ticlopidina, Coumadin, Sintrom, Eparina) SI NO se SI, sospesi da quanti giorni: _____

Di avere allergie SI NO Quali: _____

Di essere portatore di Pacemaker cardiaco SI NO

Di essere portatore di Defibrillatore impiantato SI NO

Di essere affetto da diabete SI NO

Di essere a digiuno da 6 ore SI NO

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

Dichiaro di ACCONSENIRE:

All'esecuzione dell'indagine SI NO

All'esecuzione di eventuali procedure diagnostiche e/o terapeutiche integrative SI NO

All'esecuzione della sedazione SI NO

All'eventuale acquisizione di immagini fotografiche SI NO

Firma del paziente _____

Firma del Medico esaminatore _____

Data _____

Il/la sottoscritto/a _____

viene dimesso/a dal Servizio di Endoscopia Toracica alle ore _____, e dichiara sotto la propria respon-

sabilità di essere accompagnato/a dal Sig./Sig.ra _____

dotato di patente, e quindi non si metterà alla guida di mezzi di trasporto.

Data _____

Firma _____

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 broncosco-
pia e pertanto acconsente all'esecuzione dell'esame.

Firma del genitore o del rappresentante legale _____

Data _____