

## 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)  SÌ  NO se SÌ, sospesi da quanti giorni: \_\_\_\_\_

Di avere allergie  SÌ  NO Quali: \_\_\_\_\_

Di essere portatore di Pacemaker cardiaco  SÌ  NO

Di essere portatore di Defibrillatore impiantato  SÌ  NO

Di essere affetto da diabete  SÌ  NO

Di essere a digiuno da 6 ore  SÌ  NO

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

### Dichiaro di ACCONSENIRE:

All'esecuzione dell'indagine  SÌ  NO

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

All'esecuzione della sedazione  SÌ  NO

All'eventuale acquisizione di immagini fotografiche  SÌ  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 broncoscopia e pertanto acconsente all'esecuzione dell'esame.

Firma del genitore o del rappresentante legale \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_