

MODULO DI INFORMAZIONE E DI CONSENSO ALL'INTERVENTO MICROINVASIVO PROGRAMMATO DI AMNIOCENTESI

Io sottoscritta _____, nata a _____
ricoverata presso la “Clinica Santa Caterina da Siena di Torino” dichiaro liberamente ed in piena
coscienza:

1. di essere informata dal prof. Kambiz Tavassoli della natura e delle caratteristiche cliniche della malattia di cui sono probabilmente affetta;
2. di essere informata esaustivamente sulle possibilità terapeutiche, sulle loro caratteristiche, sulle eventuali conseguenze ad esse correlate, prevedibili nei limiti delle attuali conoscenze mediche e sui rischi generici e specifici connessi ad ogni intervento microinvasivo in particolare all'intervento propostomi e di acconsentire pertanto a sottopormi all'intervento microinvasivo di **amniocentesi** sottoguida ecografica;
3. di acconsentire ad una variazione del trattamento previsto qualora, nel corso dell'intervento, emergano elementi od insorgano fatti nuovi che al momento consigliano, nel mio esclusivo interesse, un trattamento diverso;
4. di essere stata informata del fatto che la scelta del tipo di intervento e dei materiali impiegati è dettata dall'esperienza e prevedibili vantaggi in rapporto al caso clinico in questione;
5. di essere stata informata del fatto che l'intervento microinvasivo non è esente da rischi e possibili complicanze e che tali complicanze possono avere conseguenze sui tempi di guarigione e sul recupero funzionale.

DATA ____/____/____

Firma
