



SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA

CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO MEDICO

Io sottoscritto , nato il

- In qualità di esercente la potestà sul minore
- In qualità di tutore del Sig/Sig.ra

DICHIARO

di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile dal Dottor
 che, per la patologia riscontratami

è opportuna l'esecuzione di una **ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA DIAGNOSTICA CON
 EVENTUALI BIOPSIE**

DICHIARO DI ESSERE STATO INFORMATO

- sulle modalità di esecuzione dell'indagine
- sui rischi connessi alla metodica
- che in caso di necessità verranno poste in atto tutte le pratiche ritenute idonee alla salute della mia persona

DICHIARO

- Di ASSUMERE /NON ASSUMERE terapie antiaggreganti piastriniche e/o anticoagulanti
- Di ESSERE allergico ai seguenti farmaci.....
- Di assumere le seguenti TERAPIE FARMACOLOGICHE.....

Ciò premesso:

- ACCONSENTO** **RIFIUTO l'esecuzione dell'indagine.**
- RICHIEDO** **RIFIUTO la premedicazione farmacologica endovenosa**

Forlì,

Firma del Medico

Firma del paziente (leggibile)
