

## CONSENSO INFORMATO PER MANOMETRIA ESOFAGEA, 24H Ph - METRIA ESOFAGEA

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, acconsento a sottopormi alla seguente procedura diagnostica, MANOMETRIA ESOFAGEA E/O 24H Ph -METRIA ESOFAGEA, la natura e gli scopi della quale mi sono stati spiegati dal Dott. \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere informato sul tipo di strumenti che verranno impiegati, sul metodo operativo e sui rischi connessi, immediati o futuri, sui vantaggi conseguibili dai risultati, nonché sugli svantaggi della mancata esecuzione della procedura.

Alle domande da me poste è stato risposto dal Dott. \_\_\_\_\_

**NB:** *Si informa che per l'esecuzione degli accertamenti sopra riportati vengono utilizzati esclusivamente specifici sondini esofagei monouso.*

Torino, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il Paziente

\_\_\_\_\_

Confermo che ho spiegato la natura e gli scopi delle procedure sopra riferite.

Il Medico

\_\_\_\_\_