

C. M. D. CENTRO MALATTIE DIGESTIVE
Ambulatorio di Gastroenterologia Endoscopia operativa Epatologia
GASTROENTEROLOGIA ed ENDOSCOPIA DIGESTIVA

CONSENSO INFORMATIVO PER ESAME DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Il
sottoscritto/a.....
acconsente a sottoporsi al seguente esame endoscopico:

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

Dichiara di essere stato esaurientemente informato sulla procedura e sul tipo di strumentazione che verrà impiegata, sullo scopo per cui l'esame viene eseguito, sulle eventuali procedure operative ed eventuali supporti farmacologici e galenici che si rendessero necessari durante l'esame diagnostico; sui rischi immediati e futuri che caratterizzano le procedure, sui benefici che derivano dalla loro esecuzione e sugli svantaggi che conseguono alla loro mancata effettuazione.

Dichiara inoltre di aver ricevuto soddisfacente risposta ad eventuali quesiti o chiarimenti che riguardino le procedure endoscopiche, da parte del DOTTOR che eseguirà l'esame.

FIRMA del PAZIENTE (o, in caso di minore del genitore)

Confermo di aver raccolto il consenso informato del paziente e di averlo esaurientemente informato.

FIRMA del MEDICO.....

Torino, lì,/...../.....