

<i>Casa di Cura Villa Ortensia del Centro Medico Bates S.r.l.</i>	Consenso Informato Indagine diagnostica senza mezzo di contrasto	Mod PO 01 Consenso Informato/02
		Modulo
Revisione 01	Data:04/03/2014	Pagina 1 di 1

PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____

Sesso M F

Cosa dire e cosa portare al medico radiologo.

E' molto importante riferire i sintomi che hanno portato all'esecuzione dell'esame ed esibire eventuali esami radiologici ed ecografici eseguiti in precedenza. Nel caso che l'esame sia ripetuto a distanza di tempo è necessario riportare l'esame precedente. Il medico radiologo deve poter consultare il risultato di eventuali altri esami strumentali o visite specialistiche e, se disponibili, la relazione del curante o lettere di dimissione emesse in occasione di precedenti ricoveri.

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto Sig/ra _____ sono stato informato in modo chiaro e completo:

- sul tipo di prestazione per la quale è garantita la riservatezza dei dati personali utilizzabili per eventuali studi o pubblicazioni scientifiche;
- sulla modalità di esecuzione dell'indagine e sulla tipologia degli strumenti utilizzati,
- della possibilità di effettuare indagini alternative di pari efficacia;
- dei rischi relativi e di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita;
- degli inconvenienti conseguenti alla mancata esecuzione dell'indagine, per l'insufficienza dei dati raccolti al fine di raggiungere una diagnosi esaustiva;
- del parere del medico e che l'indagine proposta è quella che offre il miglior rapporto beneficio/rischio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità/impossibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta;
- del fatto che l'indagine possa essere modificata al manifestarsi di eventi avversi.

Pertanto dichiaro di:

Acconsentire allo svolgimento dell'indagine **senza** somministrazione di mezzo di contrasto.

Non acconsentire allo svolgimento dell'indagine.

PER LA DONNA : STATO DI GRAVIDANZA

- SI
- NO
- NON SO

Data _____

Firma per esteso del Paziente o del Titolare del consenso _____

Firma Medico
