



DIRETTORE Dr. PAOLA COGNEIN
Dr. C. Cordiviola, Dr. C. Gambaro, Dr. E. Iiritano,
Dr. L.G. Isola, Dr. V. Nosei



CONSENSO INFORMATO ALLE PROCEDURE ENDOSCOPICHE

Il/la sottoscritto/a _____

1. Dichiaro di essere stato adeguatamente informato e di aver compreso le indicazioni e le modalità di esecuzione delle procedure endoscopiche diagnostiche e terapeutiche e delle e degli eventuali rischi che tali procedure possono comportare:
 - GASTROSCOPIA** DIAGNOSTICA (CON EVENTUALI BIOPSIE) E/O OPERATIVA (RESEZIONI ENDOSCOPICHE, POSIZIONAMENTO DI PROTESI, EMOSTASI, DILATAZIONE STENOSI, RIMOZIONE CORPI ESTRANEI, SVUOTAMENTO DI RACCOLTE PANCREATICHE, CHIUSURA FISTOLE, DEROTAZIONE VOLVOLO)
 - COLONSCOPIA** DIAGNOSTICA (CON EVENTUALI BIOPSIE) E/O OPERATIVA (RESEZIONI ENDOSCOPICHE, POSIZIONAMENTO DI PROTESI, EMOSTASI, DILATAZIONE STENOSI, RIMOZIONE CORPI ESTRANEI, CHIUSURA FISTOLE, DEROTAZIONE VOLVOLO)
 - ERCP** (COLANGIOPANCREATOGRRAFIA ENDOSCOPICA) CON EVENTUALE SFINTEROTOMIA, RIMOZIONE CALCOLI, DILATAZIONE STENOSI, POSIZIONAMENTO PROTESI, AMPULLECTOMIA ENDOSCOPICA, COLANGIOSCOPIA (SPY-GLASS) DIAGNOSTICA E/O OPERATIVA (FRAMMENTAZIONE GROSSI CALCOLI, ...)
2. Dichiaro di aver preso visione del modulo informativo, che gli è stato consegnato, inerente alla procedura endoscopica a cui sta per essere sottoposto;
3. Dichiaro di essere stato informato sulle modalità della procedura endoscopica, sul metodo operativo, sui rischi, sui vantaggi conseguibili, anche rispetto ad altre metodiche e sugli eventuali svantaggi della mancata indagine. Acconsento inoltre a sottopormi alle eventuali ulteriori misure diagnostiche e/o terapeutiche che si rendessero necessarie nel corso della procedura, e all'eventuale acquisizione di immagini endoscopiche.
4. Il Sanitario ha risposto inoltre alle domande da me poste, in modo comprensibile e sufficiente, informandomi che potrò revocare il mio consenso, per giusti motivi, fin quando tecnicamente possibile.

Farmaci assunti a domicilio:

Per ridurre ulteriormente il rischio di complicanze, La preghiamo di rispondere alle seguenti domande:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Assume regolarmente farmaci anticoagulanti o antiaggreganti ? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Sa di avere allergie o intolleranza a farmaci ? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Sa di avere malattie del fegato ? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Sa di avere malattie del sangue ? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 5. E' portatore di Pacemaker ? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 6. E' portatore di protesi dentaria mobile ? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Genova, li _____

Firma dell'Utente _____

Legale Rappresentante Sig./ra _____

Firma _____

Firma del Medico _____