



Modulo di Unità Operative	MUU 80 301100 304196 304616
DAI Medico-Generale UOC Gastroenterologia A UOC Gastroenterologia B USD Endoscopia diagnostica interventistica del pancreas	
CONSENSO INFORMATO ALLE PROCEDURE DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Rev. 0 del 10/05/2025 Pagina 1 di 2

DICHIARAZIONE DI INFORMAZIONE

Io sottoscritto dichiaro di essere stato informato dal Dott./Prof

In modo chiaro, comprensibile ed esaustivo, con adeguato anticipo, mediante colloquio e consegna di materiale informativo, sulla natura e sullo stato dell'attuale quadro clinico, nonché sulla conseguente indicazione ad eseguire la seguente procedura:

.....

In relazione alla specifica procedura/e proposta mi sono state fornite ulteriori informazioni, tra cui quelle contenute nell'opuscolo informativo allegato, del quale mi è stata anche consegnata copia e che è parte integrante del presente documento di consenso.

Dichiaro, in particolare, di essere stato informato riguardo a:

- assoluta necessità del digiuno (almeno 6 ore per i solidi e 2 ore per i liquidi);
- adempimenti preliminari, modalità di svolgimento, tempi della procedura;
- tipologia e organizzazione della struttura sanitaria, con eventuale collaborazione / partecipazione attiva di personale in formazione, con l'assistenza di tutor, e/o di specialisti già formati;
- indicazione, in caso di necessità, a praticarmi trasfusione di sangue o emoderivati;
- eventuale necessità di metodiche integrative (endoscopiche, radiologiche, radiologiche interventistiche, chirurgiche, altro) conseguenti al mancato completamento/insuccesso della procedura propostami;
- possibile evoluzione della malattia / quadro clinico in caso di rifiuto della procedura;

In ordine alle complicanze, mortalità, controindicazioni e principi di tecnica, mi è stata fornita ampia e specifica informazione, nonché consegnato l'opuscolo allegato che tale informazione riassume e illustra.



ADESIONE ALLA PROCEDURA

ACCETTO di essere sottoposto alla procedura proposta compresa ogni manovra connessa e complementare

Firma del paziente.....

Firma dell' esercente la patria potestà o del tutore.....

SEDAZIONE

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

ad essere sottoposto a sedazione/analgesia finalizzata a ridurre il dolore/fastidio e a facilitare l' esecuzione dell' esame.

Firma del paziente

Firma dell' esercente la patria potestà o del tutore

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Il sottoscritto Dott./Prof prendo atto, contestualmente alla firma del paziente, che lo stesso mostra di avere compreso tutto quanto sopra esposto, dopo adeguata informazione e lettura dell' opuscolo integrativo.

Firma del Medico che ha informato il paziente.....

Data

RIFIUTO CONSAPEVOLE

Avendo compreso contenuti e finalità delle informazioni fornite, non acconsento a sottopormi alla procedura proposta.

Firma del paziente

Firma dell' esercente la patria potestà o del tutore

Data