

Consenso informato ad atti clinici diagnostici e terapeutici Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

A Cura del Medico Proponente:

Etichetta

Cognome Paziente..... Nome Data di nascita/...../.....

Sintesi situazione clinica (diagnosi e motivazione esame/terapia):

Atto Proposto:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> EGDS + Biopsia | <input type="checkbox"/> Colonscopia + biopsie | <input type="checkbox"/> Polipectomia | <input type="checkbox"/> ERCP con sfinterotomia |
| <input type="checkbox"/> Videocapsula | <input type="checkbox"/> Enteroscopia DB | <input type="checkbox"/> Ecoendoscopia retto | <input type="checkbox"/> Ecoendoscopia EUS- TS |
| <input type="checkbox"/> Posizionamento protesi | <input type="checkbox"/> Dilatazione stenosi | <input type="checkbox"/> Agoaspirato /biopsia in corso di EUS | |
| <input type="checkbox"/> Legatura di varici esofagee | <input type="checkbox"/> Scleroterapia di varici | <input type="checkbox"/> Rimozione C/E | <input type="checkbox"/> PEG /PEJ |
| <input type="checkbox"/> Dissezione sottomucosa | <input type="checkbox"/> Tatuaggio | <input type="checkbox"/> T. radiofrequenza | <input type="checkbox"/> Emostasi di sanguinamento |
| <input type="checkbox"/> TACE | <input type="checkbox"/> Paracentesi | <input type="checkbox"/> Biopsia epatica | <input type="checkbox"/> Infusione Albumina |
| <input type="checkbox"/> Accertamento per HIV | <input type="checkbox"/> Emotrasfusione | <input type="checkbox"/> Terapia farmacologica iniettiva/non iniettiva | |
| <input type="checkbox"/> T. del respiro (Urea/HP) | <input type="checkbox"/> T. del respiro (Lattosio) | <input type="checkbox"/> Nutrizione Artificiale (TPN e/o NE) | |
| <input type="checkbox"/> Manometria anorettale | <input type="checkbox"/> Manometria esofagea | <input type="checkbox"/> pH-impedenziometria esofagea | |
| <input type="checkbox"/> Sedazione cosciente | <input type="checkbox"/> Sedazione profonda (con anestesista) | <input type="checkbox"/> Drenaggi percutanei | |


 Altro (specificare)

 Il sottoscritto Dottore/Dottoressa
 dichiara di aver fornito le informazioni sull'atto sanitario proposto secondo la procedura aziendale del consenso informato al paziente sopra indicato.

Data: Vicenza, / /

Firma del Medico

Firma del Paziente

| | | |
|---|--|--|
|  | <p>Regione Veneto – Azienda ULSS n. 8 Berica Ospedale S. Bortolo Vicenza</p> <p>Unità Operativa Complessa di Gastroenterologia Direttore: Dr. Paolo Pallini</p> <p>U.O. Semplice di Endoscopia Digestiva Direttore: Dr.ssa Luisa Milan</p> | |
|---|--|--|

Espressione ed acquisizione del consenso informato da parte del paziente
(Responsabile il Medico che esegue l'atto sanitario)

Il/La sottoscritto/a nato/a//

Dichiara

1. Di aver ricevuto una informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto in merito alla patologia di cui sono affetto/a, alla tipologia di procedura diagnostica/terapeutica propostomi, ai benefici attesi ed ai concreti limiti, ai possibili rischi, complicanze, esiti anche negativi, alla possibilità se pur molto rara, che, qualora si creassero condizioni di emergenza (rischio per la vita), si consenta al cambiamento dell'atto sanitario proposto in uno diverso per approccio e svolgimento.
2. Di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARRE** in qualsiasi momento il presente consenso prima dell'intervento.
3. Di barrare la scelta **ACCETTO** o **NON ACCETTO** liberamente, spontaneamente, in piena coscienza riguardo al mio consenso all'atto sanitario propostomi.
4. Di non esprimere o poter esprimere ulteriori osservazioni:

.....
.....
5. Di poter richiedere ulteriori spiegazioni/informazioni sull'atto sanitario propostomi.

Firma del/ della Paziente :

Firma e timbro del Medico:

| |
|--|
| <p>Il/La sottoscritto/a</p> <p>DICHIARO/A di voler REVOCARRE il consenso</p> <p>Data e ora Firma</p> |
|--|

Per attestazione della veridicità di quanto riportato nelle n°..... pagine che costituiscono parte integrante e non divisibile della presente documentazione di informazioni mediche e dichiarazioni di consenso all'atto sanitario endoscopico o non endoscopico a scopo diagnostico e/o terapeutico a cui il paziente deve essere sottoposto.

Firma del Medico Timbro medico

Data: Vicenza, / /