



CASA DI CURA PRIVATA

SANTA TERESA

di Miacci V.T., Fabio & C. S.r.l. Accreditata con il S.S.R.



Ortopedia e Traumatologia - Day Surgery - APA - Analisi Chimico
Cliniche - Radiologia - Cardiologia

Via Nazionale 7/25 - ISOLA DEL LIRI (FR)

Tel. 0776 80291 - Fax: 0776 8029100 - Laboratorio Analisi: 0776 8029108

www.clinicasteresa.it - clinicasteresa@clinicasteresa.it - laboratorioanalisiasteresa@gmail.com Partita IVA 01707900609

Direttore Sanitario: Dott. Ivan Tersigni



ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI COLONSCOPIA VIRTUALE

Dichiarante

Il/la sottoscritto/a nato/a il

Residente in Via

(1) In qualità di esercente la potestà sul minore

(2) In qualità di tutore del degente

Informato/a dal Prof./Dott.

- Sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente COLONSCOPIA VIRTUALE (per la quale è garantita la riservatezza dei dati personali utilizzabili per eventuali studi o pubblicazioni scientifiche).

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata;
- dei rischi relativi e di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutare le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto l'indagine proposta

rifiuto l'indagine proposta

Medico specialista

Eventuali testimoni

Eventuale interprete

Data

Firma

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI

NO

Firma del paziente

Firma del Medico Radiologo

Firma di un testimone IP o TSRM

Data

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs. 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste e note e **la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.**

Data

Firma