

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE
DI PROCEDURE DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
(*genitore o tutore legale di _____)
sono stato informato dal Dott. _____ in data _____
che a causa della patologia che mi è stata prospettata: _____
è stata posta l'indicazione all'esecuzione di: _____

A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni verbali ed eventualmente scritte riguardanti:

- il mio stato di salute;
- il tipo di procedura di Radiologia Interventistica a cui sarò sottoposto/a;
- i benefici, i rischi, le complicanze, gli esiti (anche tardivi) e i postumi specificamente correlati alla procedura;
- le possibili alternative diagnostiche e/o terapeutiche alla procedura proposta;

e quindi, in piena coscienza, acconsento all'esecuzione della prestazione sopra indicata.

Data _____

_____ Firma del Paziente
(o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale*)

_____ Timbro e firma del Medico che richiede l'esame

_____ Timbro e firma del Medico Radiologo Esecutore

REVOCA CONSENSO

Io sottoscritto/a _____
a partire dalle ore _____ del giorno _____

revoco il consenso alla precitata procedura, consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

_____ Firma del Paziente
(o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale*)

_____ Timbro e firma del Medico Radiologo Esecutore