



1° Aut. San. DD. n. 393 del 19/07/1988  
Accreditamento istituzionale  
rilasciato dalla Regione dell'Umbria



UNI EN ISO 9001:2015  
Certificato n. 12493  
Register Number IT - 49740

SISTEMA DI GESTIONE  
QUALITÀ CERTIFICATO



UNI EN ISO 9001:2015



CERTIQUALITY  
È MEMBRO DELLA  
CONFEDERAZIONE CISQ

## Consenso per Procedure Diagnostiche e Terapeutiche

Dpz 14  
Rev 06  
22-12-22

Io sottoscritto/a ..... nata/o

il.....

autorizzo il Prof./Dr. .... ad eseguire su di me il seguente procedimento invasivo diagnostico o terapeutico, con eventuale sedazione:

.....

Dichiaro di essere stato/a messo/a al corrente dal Prof./Dr. .... della natura e dello scopo della procedura diagnostica e/o terapeutica e di essere stato/a informato/a sui benefici che si possono attendere, sulle eventuali complicanze, da causa nota ed ignota, sui prevedibili disagi e sui rischi che possono originarne, così come sulle possibili alternative al trattamento proposto.

Ho avuto la possibilità di porre domande e a tutte queste mi è stato risposto in maniera completa e soddisfacente.

Sono consapevole che nel corso del procedimento terapeutico si possono manifestare condizioni impreviste che necessitano di procedure diverse da quelle contemplate: acconsento pertanto all'esecuzione di ulteriori interventi o procedimenti terapeutici che il sanitario consideri necessari.

Sono infine ben cosciente che nessuna garanzia o assicurazione mi è stata fornita circa i risultati che rappresentano l'obiettivo della procedura diagnostica o terapeutica.

Confermo di aver letto e compreso completamente quanto sopra esposto.

Pertanto

**.. ACCONSENTO**

**.. NON ACCONSENTO**

all'esecuzione degli accertamenti diagnostici e/o della terapia proposta.

FIRMA \_\_\_\_\_

Cognome e nome in stampatello .....

**In caso di soggetto-utente minorenne la firma viene apposta da chi esercita la patria potestà.**

(GENITORE  ALTRO PARENTE  )

Firma del medico .....

Cognome e nome in stampatello .....

Data , .....



1° Aut. San. DD. n. 393 del 19/07/1988  
Accreditamento istituzionale  
rilasciato dalla Regione dell'Umbria



UNI EN ISO 9001:2015  
Certificato n. 12493  
Register Number IT - 49740



UNI EN ISO 9001:2015



CERTIQUALITY  
È MEMBRO DELLA  
CONFEDERAZIONE CISQ

## Consenso per Procedure Diagnostiche e Terapeutiche

Dpz 14  
Rev 06  
22-12-22

Firma del paziente o della persona autorizzata ad acconsentire per il paziente se questi è minore o se portatore di incapacità o limitazioni legalmente riconosciute.

Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande che sono molto importanti per aiutare il medico a conoscere eventuali rischi legati alla procedura.

1. È affetto da malattie del sangue o ha tendenza al sanguinamento eccessivo (es. frequente ed abbondante sanguinamento dal naso, tendenza ad avere ematomi)  
 NO                       SI
2. Assume farmaci che alterano la coagulazione del sangue (es. Aspirina, Ticlopidina, Coumadin, Sintrom, Eparina)?  
 NO                       SI
3. Se sì, li ha sospesi e da quanti giorni? \_\_\_\_\_
4. Soffre di allergie (es: asma) o è allergico a farmaci, allo iodio, al lattice, ad anestetici locali?  
 NO                       SI  
Se è allergico, indicare a cosa \_\_\_\_\_
5. Soffre di malattie cardiache, polmonari o circolatorie?                       NO                       SI
6. È affetto da infezioni (es.epatite virale, AIDS) e/o malattie croniche (cirrosi, glaucoma, epilessia, diabete)?                       NO                       SI
7. È portatore di pacemaker, defibrillatore o impianti metallici?  NO                       SI
8. Per donne in età fertile: è o ritiene di essere in gravidanza?                       NO                       SI
9. In caso di colonscopia: Ha effettuato completamente la preparazione all'esame attenendosi scrupolosamente alle istruzioni?  
 NO                       SI
10. È portatore di patologie a carico delle valvole cardiache ?                       NO                       SI

Perugia, li \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**In caso di soggetto-utente minorenne la firma viene apposta da chi esercita la patria potestà.**  
(GENITORE  ALTRO PARENTE  )