

Denominazione documento: **Consenso informato Gastrosopia**

Codice documento: **CONSEGDS**

IDENTIFICAZIONE DOCUMENTO		DATA	DATA ULTIMA	LUOGO	RESPONSABILE	LIVELLO
CODICE	DENOMINAZIONE	EMISSIONE	REVISIONE	ARCHIVIAZIONE		DIFFUSIONE
CONSEGDS	Consenso Informato Gastrosopia	Dicembre 2017	Dicembre 2017	Amministrazione	Direzione Aziendale	Medici e operatori sanitari attivi in gastrosopia

Consenso Informato all'esecuzione di esame endoscopico

Esofago-Gastro-Duodenoscopia

Io sottoscritto/a.....

Nato/a.....il...../...../.....

Allergie No SI *se si specificare*.....

Malattie emolitiche No SI *se si specificare*.....

Difetti della coagulazione No SI *se si specificare*.....

Farmaci anticoagulanti/antiaggreganti No SI *se si specificare*.....

Dichiaro

di avere letto attentamente le informative riguardante l'indagine sia diagnostica sia operativa (polipectomia e altro).

Preso atto dei miei diritti e doveri e delle informazioni presentatemi dai sanitari in maniera da me comprensibile, mi dichiaro soddisfatto delle indicazioni e

ACCETTO

NON ACCETTO

l'intervento/i programmati. Dichiaro di essere a conoscenza dei rischi connessi alle procedure e delle possibili complicanze. *a) perforazione (0,01%) b) sanguinamento (0,06%)*

c) vomito con rottura mucosa esofagea (sindrome di Mallory-Weiss)

d) vomito con rottura parete esofagea (sindrome di Boerhave)

e) cardio-respiratorie (0,1-0,3%) f) sedo-analgesia (1%) g) rare

Autorizzo i medici a modificare il percorso diagnostico/terapeutico qualora si rendesse necessario per tutelare la mia salute e la mia integrità fisica.

Il paziente

Data...../...../..... Firma

Il medico

Data...../...../..... Firma

Le ricordiamo che Lei potrà avvalersi, in qualsiasi momento, della facoltà di recedere da quanto sottoscritto.