ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSOINFORMATO

ALL'ESECUZIONE DELLA BIOPSIA MAMMARIA

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 paziente……..
Informato/a dal Prof./Dott.

_____

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficiosulla 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 con questo esame.;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

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

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto soprasinteticamente riportato:

□ ***accetto l'indagine proposta*** □ ***rifiuto l'indagine proposta***

Medico radiologo_____

IL CONSENSO È AVVENUTO CON L'INTERVENTO DI UN MEDIATORE/INTERPRETE DI LINGUA……...

Data …… **Firma del paziente……..**

Io sottoscritto_____in data_____

Dichiaro di voler REVOCARE il consenso

Firma_____ Timbro e firma del medico_____

IL RESPONSABILE DELL'ESAME BIOPTICO

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventule visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

AUTORIZZA L'ESAME

Firma del medico responsabile dell'esecuzione dell'esame Data

_____ _____

SC Radiologia ospedaliero-territoriale
Ospedale Nostra Signora della Mercede di Lanusei
via Dottor Giuseppe Pilia 1 - Piano terra
tel. 0782 490283