ACQUISIZIONE CONSENSO INFORMATO (per MAMMOGRAFIA)

Io sottoscritto/a _____ dichiaro: di aver ricevuto dal Dr._____ un'informazione comprensibile ed esauriente della natura dell'atto sanitario a cui sarò sottoposto/a, dello scopo e durata dello stesso, delle controindicazioni e possibili complicanze correlate all'effettuazione di questo atto sanitario, attraverso: l'informativa fornita, il colloquio con il medico sui rischi e benefici; di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento prima del trattamento;

□ di **ACCETTARE** /□ **NON ACCETTARE** (barrare la casella prescelta) liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

Data_____ Firma del Paziente……

(o genitore in caso di minore o legale rappresentante in caso di incapace) (*)

in tal caso allegare copia del provvedimento di nomina del tutore o dell'amministratore di sostegno dal quale deriva il potere per il soggetto di prestare il consenso in nome e per conto dell'incapace

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

L'esposizione a radiazioni ionizzanti in stato di gravidanza sono dannose all'embrione e al feto

○ **SI** ○ **NO**

Data .....

Firma del paziente.....

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

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

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE MAMMOGRAFICO

_____ _____

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame Data