

**CONSENSO INFORMATO
ALL'ESECUZIONE DELLA TC COLON
SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO
(O COLONSCOPIA VIRTUALE)**

❖ **Parte II: ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI COLONSCOPIA VIRTUALE**

Il Dichiarante/Paziente:

Il/la Sottoscritto/a		
	Cognome e Nome	Nato/a il

Il Dichiarante *(da compilare solo in caso di necessità di esercente patria potestà e/o tutoriale):

Il/la Sottoscritto/a		
	Cognome e Nome	Nato/a il
In qualità di esercente patria potestà e/o tutoriale		
	Cognome e Nome	Nato/a il

Informato/a dal Dott. _____

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente COLONSCOPIA VIRTUALE o COLONTC.

Reso/a consapevole:

- di non essere assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso
- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla 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;
- dei rischi relativi e 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 sopra sinteticamente riportato:

accetto l'indagine proposta

rifiuto l'indagine proposta

Data _____

Firma Dichiarante _____