

	PO05 RAD GESTIONE DEL SERVIZIO DI RADIOLOGIA E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
	<b>MO14 PO05 RAD CONSENSO INFORMATO COLONSCOPIA VIRTUALE rev. 05 del 22.12.2021 (colon – TC)</b>
	---

Pz. id. \_\_\_\_\_ San Donà di Piave \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_ Provenienza \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Dichiara, apponendo la propria firma alla presente:

- di essere pienamente cosciente
- di aver letto attentamente il presente documento
- di aver ricevuto dal Medico e dagli altri Sanitari coinvolti le spiegazioni richieste e utili per la piena comprensione di quanto esposto nel testo, in particolare:
  - α) informazioni esaurienti sulla patologia accertata e sui sintomi accusati;
  - β) informazioni esaurienti sulle alternative diagnostiche possibili;
  - γ) informazioni esaurienti sulle modalità della procedura;
    - \*vedi allegato MO-RAD 15
  - δ) informazioni esaurienti sulle possibili complicanze
    - \* Perforazione intestinale
  - ε) informazioni esaurienti sugli eventuali trattamenti o interventi resi necessari ovvero opportuni a seguito dell'esame:
    - \*sono legati alle complicanze che possono intercorrere. Molto raramente può essere necessario un intervento chirurgico in urgenza in caso di perforazione intestinale
  - φ) informazioni esaurienti circa la terapia e le precauzioni da seguire dopo l'esame.
- di averne quindi compreso il contenuto e pertanto

**autorizza**

il Medico e gli altri Sanitari coinvolti ad effettuare la Colonscopia Virtuale

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**CONSENSO INFORMATO**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Informato dell'indicazione all'indagine e degli eventuali rischi il paziente dichiara di acconsentire allo svolgimento dell'indagine

Data firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (Firma del Paziente)

\_\_\_\_\_  
 (Il Radiologo)