



SSD Endoscopia Digestiva

Resp. Dr. D. Drago

Telefono: 0131.206443

mail: ddrago@ospedale.al.it

DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALL'ENTEROSCOPIA CON VIDEOCAPSULA

Io sottoscritto _____, nato a _____, il _____,

residente a _____

tel _____, inviato dal Dr. _____

sono stato informato

- della mia condizione clinica;
- del fatto che, una volta ingoiata la capsula, non sarà più possibile interrompere la procedura degli effetti, benefici e rischi;
- dei dispositivi di controllo e di protezione predisposti;
- delle metodologie diagnostiche possibili, e comparativamente, dei loro vantaggi e inconvenienti;
- della possibilità di revocare in qualunque momento il consenso alla procedura;
- dell'assenza di conseguenze sull'assistenza che mi verrà data, nel caso in cui io non accetti di sottopormi all'esame;
- della necessità nel mio interesse, io segnali preventivamente malattie, traumi, interventi subiti, terapie pregresse od in corso, nonché eventuali manifestazioni tossiche o allergiche sofferte in passato;
- che esiste la possibilità che la capsula non venga espulsa e si renda necessario l'intervento chirurgico.

Preso atto di tutto ciò, in piena coscienza e libertà, do il consenso all'esecuzione dell'esame:

_____ Data

_____ Firma del Paziente

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Io sottoscritto _____ confermo ed attesto, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa a mio avviso, ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto, punto per punto.

_____ Data

_____ Firma del medico che ha informato il paziente

Mod. ENDO 23-01/26