



**U.O. di DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**  
**Responsabile: Dott.ssa E. Ciortan**

**ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**  
**ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DIAGNOSTICA**

**Paziente/utente (etichetta pz degente):**

Nome e cognome: ..... Nato/a a ..... il .....

**In caso di paziente minore:**  **Genitori**

Nome e cognome del padre ..... Data di nascita .....

Nome e cognome della madre ..... Data di nascita .....

**In caso di paziente con tutela:**

**Rappresentante Legale**    **Amministratore di sostegno**    **Tutore/Curatore** (come da provvedimento del Giudice Tutelare allegato)

Nome e cognome: ..... Data di nascita .....

**Nel caso di presenza di: Interprete e/o Testimone :**    **NO**    **SI**

**Preso visione delle informazioni ricevute e contenute nella nota informativa allegata alla presente in relazione all'indagine/procedura .....**

**Reso/a consapevole:**

- 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 con questo esame;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

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**

Valutate le informazioni anamnestiche del paziente candidato all'esecuzione dell'esame sopra descritto, il Medico Responsabile dell'indagine ne **AUTORIZZA** l'esecuzione.

Data ..... ora .....

**FIRMA DELL'INTERESSATO**

(o dei genitori e /o del rappresentante legale, e/o interprete/testimone)

**TIMBRO E FIRMA del MEDICO RADIOLOGO**

**DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**

**SI**    **NO**

Data .....

Firma Paziente .....

**REVOCA del CONSENSO:**

Dichiaro di voler **REVOCARE** il consenso precedentemente fornito e di essere pertanto a conoscenza delle probabili conseguenze derivanti dal mio rifiuto.

Firma del Paziente .....

Timbro e Firma del Medico .....

(o dei genitori e/o del rappresentante legale e/o interprete/testimone)

*Il trattamento dei dati è conforme alle disposizioni contenute ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e dal D.lgs. 10/08/2018 n.101.*