



SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile Medico: A. Esseridou

Co-Responsabile: S. M. De Simoni

Responsabile Tecnico: R. Moltrasi

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

Timbro e Firma del Medico

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.