

- Sede ORL Lugano
 Sede ORBV Bellinzona
 Sede OBV Mendrisio
 Sede ODL Locarno

Tel. 091 811 61 70
 Tel. 091 811 86 31
 Tel. 091 811 32 12
 Tel. 091 811 47 02

Fax 091 811 61 68
 Fax 091 811 87 39
 Fax 091 811 30 30
 Fax 091 811 44 59

Consenso informato procedure di gastroenterologia

(firmare e datare al più tardi il giorno precedente l'esame. Portarlo con sé il giorno dell'esame)

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

Procedura di gastroenterologia

- Gastrosopia
 Colonscopia
 ERCP (rappresentazione delle vie biliari e del pancreas con mezzo di contrasto)
 Endosonografia

Il/la sottoscritto/a conferma di aver letto l'opuscolo informativo e di essere stato/a informato/a sul motivo (indicazione), sulle modalità dell'esame/intervento e sui rischi ad esso correlati in modo chiaro, comprensibile e completo.

Ho ottenuto risposte esaurienti alle domande che ho posto: SI NO

Sono d'accordo di sottopormi alla procedura proposta: SI NO

Voglio eseguire la procedura con sedazione: SI NO

Luogo e data: _____

Firma paziente: _____
 o rappresentante legale / terapeutico

Luogo e data: _____

Firma medico: _____