

Nome del paziente: .....

Io sottoscritto/a\* ....., oggi: data ..... ora .....  
durante il colloquio con il Dott. ....  
sono stato informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto a:

**ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA**

Mi sono state fornite spiegazioni, anche con il supporto dell'informativa scritta, su tutti i seguenti aspetti:

- diagnosi o sospetto diagnostico
- possibili alternative nelle modalità di esecuzione dell'esame
- scopo e benefici della prestazione proposta
- rischi prevedibili legati all'esecuzione dell'esame e possibili complicanze
- rischi prevedibili legati alla non esecuzione dell'esame
- Esami diagnostici alternativi all'esame endoscopico
- possibili problemi di recupero post-esecuzione all'esame endoscopico

Avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

1. **Acconsentire**  (o **Non acconsentire** ) ad essere sottoposto alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'informativa
2. **Autorizzo**  (o **Non autorizzo** ) l'utilizzazione in forma anonima, a scopo didattico e/o scientifico, dei reperti e della documentazione iconografica, nel pieno rispetto di quanto le Leggi prevedono.

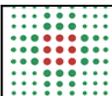
Dichiaro di aver ricevuto copia dell'informativa scritta specifica per l'esame che devo eseguire. Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento. Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

Firma paziente (o soggetto legittimato) .....

Nome e Cognome di *soggetto legittimato*.....

Timbro e Firma del Medico .....

PAG.	REV	
------	-----	--



Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete  SI  NO

**Firma interprete** .....

Il sottoscritto Dott. ....dichiara che  
il/la Sig./a ..... data  
l'emergenza del caso clinico e l'indifferibilità delle cure, considerata l'attuale  
impossibilità del paziente ad esprimere le proprie volontà, non essendovi al  
momento reperibile altra persona che validamente possa prestarlo al posto suo, si  
procede all'atto diagnostico e/o terapeutico senza l'acquisizione del preventivo  
consenso

Data.....ora..... Timbro e Firma del Medico .....

Data, \_\_\_\_\_

## CONSENSO INFORMATO ALLA SEDO-ANALGESIA COSCIENTE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
Informato della possibilità di eseguire l'esame endoscopico in stato di sedazione conscia,  
avendo compreso i benefici della sedazione e gli eventuali rischi di complicanze ad essa  
legate:

### CHIEDE/CONSENTE

### ALL'ESECUZIONE DELLA SEDAZIONE CONSCIA PRIMA DELLA PROCEDURA ENDOSCOPICA

Firma paziente

\_\_\_\_\_

PAG.	REV	
------	-----	--