 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p> <p>Ospedale Santa Maria di Borgo Val di Taro Dipartimento Chirurgico U.O.C. di Chirurgia U.O.S. di Endoscopia Digestiva</p>	<p>CONSENSO INFORMATO PER IL POSIZIONAMENTO</p> <p>DELLA PEG</p>	<p>Rev 00 del 04/07/13 Pag. 1 di pag. 2</p>
---	--	---

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

GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (P.E.G.)

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

- diagnosi o sospetto diagnostico
- scopi e benefici della prestazione proposta
- possibili alternative nell'esecuzione dell'esame
- possibili varianti nell'esecuzione
- rischi prevedibili legati all'esecuzione dell'esame e possibili complicanze
- rischi prevedibili legati alla non esecuzione dell'esame
- possibili problemi di recupero post-esecuzione dell'esame
- rischi legati alla somministrazione della sedazione

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. **Acconsentire** (o **Non acconsentire**) ad essere sottoposto alle manovre per la sedazione, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'informativa

Dichiaro di aver ricevuto copia dell'informativa scritta specifica.
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*)

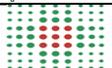
Nome e Cognome di *soggetto legittimato*.....

Timbro e Firma del Medico

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete SI NO

Firma interprete

PAG.	REV 00	

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p> <p>Ospedale Santa Maria di Borgo Val di Taro Dipartimento Chirurgico U.O.C. di Chirurgia U.O.S. di Endoscopia Digestiva</p>	<p>CONSENSO INFORMATO PER IL POSIZIONAMENTO</p> <p>DELLA PEG</p>	<p>Rev 00 del 04/07/13 Pag. 2 di pag. 2</p>
---	--	---

Data, _____

CONSENSO INFORMATO ALLA SEDAZIONE CONSCIA/ANALGESIA

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

	REV 00	
PAG.		