



**S**ERVIZIO  
**S**ANITARIO  
**R**EGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CROTONE**



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

Presidio Ospedaliero "S. Giovanni Di Dio"

REGIONE CALABRIA

**U.O.C. di GASTROENTEROLOGIA ed ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

Direttore: **Dott. E. CILIBERTO**

## **CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritto / a \_\_\_\_\_ nato / a il \_\_\_\_\_  
acconsento a sottopormi alla seguente procedura endoscopica:

la natura e gli scopi della quale mi sono stati spiegati con attinenza alle mie condizioni cliniche.

Acconsento inoltre a sottopormi ad eventuali misure diagnostiche e terapeutiche aggiuntive che si rendessero necessarie ed opportune nel corso o dopo la realizzazione della procedura.

Dichiaro inoltre di essere stato informato sul metodo operativo (strumenti, metodologia dell'esame, ecc.), nonché sui rischi immediati e futuri relativi alla procedura endoscopica, sui vantaggi ottenibili e sugli svantaggi della mancata esecuzione, nonché sulle procedure alternative.

Acconsento inoltre a sottopormi ad eventuali test diagnostici (biopsie, citologia, altro) e manovre aggiuntive utili alla conferma diagnostica o alla risoluzione terapeutica, ivi comprese eventuali polipectomie, oltre alla somministrazione di farmaci, trasfusioni di sangue o emoderivati qualora necessari.

Infine sono stato informato sulla possibilità di complicanze immediate e tardive, sebbene rare, per le quali comunque verrebbero usati tutti i presidi terapeutici possibili, compresi interventi chirurgici.

Sono consapevole che ogni atto medico, anche se eseguito con massima cura e competenza, comporta una possibilità di rischio, anche per la vita, inevitabile.

Sono, altresì, informato dei limiti e degli insuccessi delle metodiche endoscopiche e che la loro sensibilità non è del 100%.

Alle domande da me poste è stato risposto esaurientemente.

Acconsento, inoltre, al trattamento dei propri dati personali e sensibili ai soli fini clinici (legge 675/96).

// \_\_\_\_\_

*Firma del paziente o parente*

*Firma del Medico Operatore*