

## **ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI CISTO-URETROGRAFIA**

### **Dichiarante**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore \_\_\_\_\_

(2) in qualità di tutore della paziente \_\_\_\_\_

Informato/a dal Prof./Dott. \_\_\_\_\_  
sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente la **CISTOURETROGRAFIA**.

### **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;
- dei rischi relativi e di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

### **Presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto**

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

Medico specialista \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## **DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**

☐ SI

☐ NO

Firma della Paziente \_\_\_\_\_

Firma del Medico Radiologo \_\_\_\_\_

Firma di un testimone IP o TSRM \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

## **POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?**

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali". La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_