



Modulo di consenso informato

Data: __ / __ / ____

Il sottoscritto / legale rappresentante
 dichiara di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile dal dr.....
 che per il sospetto diagnostico/malattia riscontratami è indicata l'esecuzione di:

- FIBROBRONCOSCOPIA DIAGNOSTICA
 BIOPSIA BRONCHIALE /TRANSBRONCHIALE
 LAVAGGIO BRONCOALVEOLARE (BAL)
 AGOASPIRATO TRANSBRONCHIALE (EBUS-TBNA)
 TOILETTE BRONCHIALE
 URGENZA /ALTRO _____

Dichiaro di essere stato informato anche delle modalità di esecuzione dell'esame, e che nel corso di tale esame potranno essere eseguite manovre biotipiche diagnostiche o operative che si rendano necessarie e/o opportune per la situazione riscontrata durante l'esame.

Di quanto prospettato mi sono stati spiegati gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi e le possibili complicanze. Mi è stato inoltre consegnato un modulo informativo prestampato contenente tutte le suddette informazioni.

Sono a conoscenza della legge 675/99, che ha lo scopo di tutelare la riservatezza dei dati personali; esprimo il mio consenso/dissenso all'utilizzo delle informazioni relative al mio stato di salute ai fini statistici, epidemiologici o istituzionali.

- Acconsento all'esecuzione dell'esame e all'utilizzo dei dati personali, una volta resi anonimi:

Firma del paziente/ legale rappresentante _____

- Non Acconsento all'esecuzione dell'esame

Firma del paziente/ legale rappresentante _____

Firma del medico che raccoglie il consenso: _____

In caso di impossibilità del paziente ad esprimere il consenso

Il sottoscritto Dr _____ dichiara che il Sig. _____
 non è in grado di esprimere il consenso all'esame endoscopico in quanto

Firma del medico: _____