



## 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 biotiche 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:** \_\_\_\_\_