

**CONSENSO INFORMATO PER
LEGATURA ELASTICA EMORROIDARIA
SCLEROSI EMORROIDARIA
INCISIONE TROMBOSI EMORROIDARIA**

cod.: 17
data: 14.04.2015
rev. 0

da rilasciare all'Utente

Nome e cognome del Paziente:.....

- a) diagnosi o sospetto diagnostico (al momento della proposta della prestazione):**
- Emorroidi sintomatiche sanguinanti
 - Emorroidi complicate da trombosi esterna
- b) possibili varianti nell'esecuzione:**
- Nessuna
- c) benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**
- Risoluzione della sintomatologia legata alle emorroidi
- d) rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**
- Persistenza dei sintomi-peggioramento dei sintomi legati alla malattia emorroidea
- e) rischi prevedibili legati all'esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:**
- Dolore
 - Infezione
 - Ascesso
 - Reazione allergica
 - Emorragia
- f) possibili problemi di recupero (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):**
- Dolore con necessità di riposo a letto e assunzione di analgesici
- g) possibilità di alternative (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):**
- Terapia medica
 - Intervento chirurgico
- h) Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**
- Nessuna

Io sottoscritto/a documento di riconoscimento | | | | | | | | | |

data .../.../..... ora durante il colloquio con il

Dott./Prof. sono stato/a informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto/a a:

.....

Mi sono state fornite Le spiegazioni su elencate ai punti a) b) c) d) e) f) g) h) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

Acconsentire ad essere sottoposto/a 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.

Dichiaro di aver ricevuto e letto 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 del/della Paziente (o chi ne fa le veci)

Nome e Cognome di chi ne fa le veci

Firma del Testimone

(Persona presente al colloquio)

Timbro e Firma del Medico

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete SI NO

Firma dell'Interprete

da Archiviare in Sede

Nome e cognome del Paziente:.....

a) diagnosi o sospetto diagnostico (al momento della proposta della prestazione):

- Emorroidi sintomatiche sanguinanti
- Emorroidi complicate da trombosi esterna

b) possibili varianti nell'esecuzione:

- Nessuna

c) benefici attesi e scopo della prestazione proposta:

- Risoluzione della sintomatologia legata alle emorroidi

d) rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:

- Persistenza dei sintomi-peggioramento dei sintomi legati alla malattia emorroidea

e) rischi prevedibili legati all'esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:

- Dolore
- Infezione
- Ascesso
- Reazione allergica
- Emorragia

f) possibili problemi di recupero (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):

- Dolore con necessità di riposo a letto e assunzione di analgesici

g) possibilità di alternative (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):

- Terapia medica
- Intervento chirurgico

h) Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:

- Nessuna

Io sottoscritto/a documento di riconoscimento | | | | | | | | | |

data .../.../..... ora durante il colloquio con il

Dott./Prof. sono stato/a informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto/a a:

Mi sono state fornite Le spiegazioni su elencate ai punti a) b) c) d) e) f) g) h) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

Acconsentire ad essere sottoposto/a 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.

Dichiaro di aver ricevuto e letto 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 del/della Paziente (o chi ne fa le veci)

Nome e Cognome di chi ne fa le veci

Firma del Testimone
(Persona presente al colloquio)

Timbro e Firma del Medico

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete SI NO

Firma dell'Interprete