

1° originale da rilasciare al/alla Paziente a seguito del colloquio con allegata la relativa
"Attestazione di volontà"

Nome e cognome del Paziente:

• **diagnosi o sospetto diagnostico** (*al momento della proposta della prestazione*):
patologia della cavità uterina, polipi, fibromi, ispessimento endometriale.

• **possibili varianti nell'esecuzione:**
nessuna.

• **benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**
diagnosi di eventuali patologie a carico della cavità uterina.

• **rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**
mancata diagnosi e quindi progressione di un'eventuale patologia.

• **rischi prevedibili legati all'esecuzione** (*al momento della proposta*) **e possibili complicanze:**
sanguinamento, dolore pelvico simil-menstruale, crisi vagale.

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

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

Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:

.....
.....
.....

Data del colloquio:

Firma del Paziente che ha ricevuto le informazioni:

.....

Timbro e Firma del Medico che ha fornito le informazioni:

.....

2° originale da archiviare presso il servizio con allegata la relativa "Attestazione di volontà"