



**Consenso Informato US
(Eco Transvaginale/Transrettale)**

Mod.05.38_bis

Rev. 1

Pag. 1 di 1

COGNOME _____ NOME _____
N. ESAME _____ Li ____ / ____ / ____

CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME

Dopo aver chiarito con il Medico gli eventuali dubbi, ho preso visione delle informazioni relative al tipo di **ECOGRAFIA** a cui sarò sottoposto ed ho ricevuto in proposito risposte chiare ed esaurienti ad ogni mia domanda relativamente alle modalità di esecuzione delle indagini.

Allergia a latex? SI NO

Il Medico Responsabile ritiene che l'esame è giustificato e può essere eseguito.

Firma del paziente o di persona idonea _____

In caso di minori o soggetti in condizioni non idonee a rilasciare il consenso, è necessario l'assenso di una persona legalmente idonea che specifichi il grado di parentela o tutela

Nome e Cognome del Medico Responsabile _____

Firma del Medico Responsabile _____

DA COMPILARE IN CASO DI PRESENZA ESAMI PRECEDENTI

Il paziente dichiara di aver consegnato al Centro i seguenti esami precedenti per un totale di _____ buste.

- RX _____
- TC _____
- RM _____
- ECO _____
- ALTRO [*specificare*] _____

Firma del paziente o di persona idonea _____

In caso di minori o soggetti in condizioni non idonee a rilasciare il consenso, è necessario l'assenso di una persona legalmente idonea che specifichi il grado di parentela o tutela

DA COMPILARE SE IL PAZIENTE RINUNCIA ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Il sottoscritto **COGNOME** _____ **NOME** _____ **ID** _____
PAZIENTE _____

dichiara di rinunciare all'esame di _____ prescritto come da
ricetta/impegnativa a causa di _____

Firma del paziente o di persona idonea _____

In caso di minori o soggetti in condizioni non idonee a rilasciare il consenso, è necessario l'assenso di una persona legalmente idonea che specifichi il grado di parentela o tutela