

	Consenso Informato Infiltrazioni	Mod.05.96
		Rev. 1
		Aggiornato al 14/01/2021
		Pag. 1 di 1

COGNOME _____ NOME _____
 N. ESAME _____

BAR CODE e
numero di chiamata

Commentato [BL1]: GSD

CONSENSO INFORMATO

Dichiaro di essere stato reso edotto dal Medico del mio stato di salute e delle procedure terapeutiche cui sarò sottoposto.

Al termine del colloquio con il medico CHIEDO di essere sottoposto a intervento/procedura di

- INFILTRAZIONI INTRA-ARTICOLARI con _____
- ARTROCENTESI _____
- INFILTRAZIONE _____

Durante lo stesso colloquio sono stato informato dal Medico delle possibili conseguenze/complicanze:

- ematoma intra-articolare
- lesioni vascolo-nervose
- reazioni allergiche al farmaco iniettato
- infezioni superficiali e/o profonde
- rottura dell'ago
- reazioni infiammatorie o comunque avverse a livello del tessuto o dell'articolazione correlate all'intervento/procedura scelto.

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni necessarie per prendere una decisione consapevole, di essere stato informato in maniera chiara e a me comprensibile dal Medico a cui ho esposto i miei dubbi e domande; dichiaro altresì di essere stato informato PRIMA di eseguire la procedura.

Dichiaro di aver fornito al Medico tutte le informazioni in mio possesso riguardanti il mio stato di salute con particolare riguardo ad allergie e/o eventuale stato di gravidanza certo o presunto.

Li ___ / ___ / ___

Commentato [MV2]: GSD

Firma del Medico _____

Commentato [BL3]: GSD

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