

OSPEDALE GIOVANNI XXIII

Casa di Cura Privata Accreditata S.S.N.
Presidio Ospedaliero dell'Azienda ULSS 2 MARCA TREVIGIANA
31050 MONASTIER di TREVISO (TV) - Via Giovanni XXIII, 7
WWW.GIOVANNI23.IT cup@giovanni23.it - 0422.8961



SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile Dr. Mauro Gallo
Tel. 0422 896710
E-mail: radiologia@giovanni23.it

Allegato n.1 I.O.RAD14 Rev.04 del 05/2022 Pag.1 di 1

CONSENSO INFORMATO ALLA PROCEDURA DIAGNOSTICA FNAC-ECOGUIDATA

Io sottoscritto/a:

COGNOME.....NOME.....D.N.....

A seguito del colloquio intercorso con il dottore dell'equipe medica di radiologia il giorno.....

Dichiaro di essere stato informato/a riguardo :

1) il sospetto diagnostico / sintomatologia riferita: (specificare la patologia)

.....

la procedura diagnostica di FNAC-ECOGUIDATO (FNAC = Fine Needle Aspiration Cytology ossia Citologia per Aspirazione con Ago Sottile)

.....

.....

La procedura è stata proposta dal Dr.....

Scelta in quanto idonea in relazione al sospetto diagnostico formulato, al trattamento della malattia di cui sono affetto/a ed alle mie condizioni cliniche.

In particolare, nel corso del colloquio ho avuto modo di comprendere, nei loro contenuti essenziali, le caratteristiche della procedura proposta, essendo stati adeguatamente sviluppati i seguenti punti:

a) caratteristiche delle procedure:

- modalità di effettuazione
- finalità e vantaggi
- probabilità di riuscita
- difficoltà tecniche
- risultati conseguibili
- rischi connessi/complicanze
- conseguenze temporanee e permanenti
- necessità di trattamenti associati e/o successivi
- possibili ricadute sull'attività lavorativa e nell'ambito della vita familiare o sociale

b) alternative diagnostico - terapeutiche (compresa la non attuazione delle procedure) Inoltre, il medico mi ha fornito gli ulteriori chiarimenti che ho richiesto, pertanto:co radiologo.

ACCONSENTO all'effettuazione delle procedure proposte

Monastier di Treviso.....FIRMA DELL'INTERESSATO.....

Dichiaro che l'informazione riguardante la procedura diagnostica è stata resa secondo le modalità descritte nella procedura aziendale relativa all'acquisizione del consenso informato.

FIRMA DEL MEDICO