



Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

"Saverio de Bellis"

Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia

via Turi n°27 - 70013 Castellana Grotte - Bari

C.F. - P.IVA: 00565330727

Ente di diritto pubblico D.M. del 31-3-1982



Dasa-Rägi

EN ISO 9001:2008  
IQ-1208-14

**DIREZIONE SANITARIA**

Struttura \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Atto sanitario da effettuare \_\_\_\_\_

Ho letto e ho compreso \_\_\_\_\_

Il medico mi ha spiegato \_\_\_\_\_

Il medico mi ha detto \_\_\_\_\_

La mia scelta è: ☐ Sottoscrivere il consenso ☐ No ☐ Non so

Ho deciso \_\_\_\_\_

- Ho deciso di sottoscrivere il consenso ☐ Sì ☐ No

- Ho deciso di non sottoscrivere il consenso ☐ Sì ☐ No

- Ho deciso di non sottoscrivere il consenso ☐ Sì ☐ No

- Ho deciso di non sottoscrivere il consenso ☐ Sì ☐ No

- Ho deciso di non sottoscrivere il consenso ☐ Sì ☐ No

- Ho deciso di non sottoscrivere il consenso ☐ Sì ☐ No

- Ho deciso di non sottoscrivere il consenso ☐ Sì ☐ No

Ho deciso di sottoscrivere il consenso ☐ Sì ☐ No

Il medico mi ha detto \_\_\_\_\_

Il medico mi ha detto \_\_\_\_\_

☐ Ho deciso di sottoscrivere il consenso

☐ Ho deciso di non sottoscrivere il consenso

Il medico mi ha detto \_\_\_\_\_

☐ Ho deciso di sottoscrivere il consenso

\* Ho deciso di sottoscrivere il consenso

(Ho deciso di sottoscrivere il consenso/ Ho deciso di non sottoscrivere il consenso)

Dichiaro di aver raccolto l'anamnesi, di aver fornito informazioni specifiche sull'atto sanitario e di aver precedentemente fornito la relativa scheda informativa in merito a indicazioni, controindicazioni, eventuali effetti secondari/ complicanze, alternative, conseguenze, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale del consenso informato. Dichiaro di aver risposto esaurientemente a tutte le domande rivolte e nel caso di utente straniero, che non comprende la lingua italiana, di aver provveduto a fornire informazioni nella lingua d'origine e/o conosciuta o con intervento di un mediatore/interprete.

Firma e timbro di chi acquisisce il consenso \_\_\_\_\_

Firma e timbro di chi ha effettuato l'atto sanitario \_\_\_\_\_

Ho deciso di sottoscrivere il consenso \_\_\_\_\_

Data.....Firma e timbro di chi ha acquisito la revoca.....