



CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO

MD PS Day-Surgery1-4

rev.4

06 aprile 2022

pagina 1 di 1

S.I.S.Me.R.

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di essere stato informato/a in modo chiaro ed a me comprensibile dal Dott/Prof _____

Che per la patologia riscontratami: _____

È opportuna l'esecuzione:

dell'esame diagnostico di _____

della terapia medica di _____

dell'intervento chirurgico di _____

Dichiaro di essere stato informato/a sul tipo di anestesia cui verrò sottoposto/a.

Di quanto prospettato mi sono stati spiegati gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi, e le prevedibili conseguenze.

Sono inoltre stato informato/a sulla necessità di utilizzo di protesi sintetiche:

a) tipo _____

b) dimensioni _____

c) localizzazione _____

Dichiaro inoltre di essere stato informato/a e di attenermi alle seguenti disposizioni:

1. non guidare alcun veicolo a motore o a pedali o utilizzare qualsiasi macchinario nelle 24 ore seguenti l'anestesia;
2. non assumere alcolici nelle 24 ore seguenti l'anestesia;
3. mettermi in contatto con l'equipe chirurgica nel caso insorgesse una qualsiasi complicanza postoperatoria ai seguenti n° telefonici:

___368 410648_____

Sono stato informato/a ed acconsento che durante la seduta operatoria del _____ alcune fasi dell'intervento chirurgico potranno essere riprese ed utilizzate a scopo scientifico e didattico.

Sono stato inoltre informato/a che questa struttura chirurgica risponde ai requisiti di sicurezza richiesti dalla normativa vigente.

Ciò premesso, acconsento al trattamento proposto.

Data _____

Firma leggibile del paziente _____

Firma del medico _____