

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____

Dichiaro di aver letto e compreso quanto riportato nel modulo **e di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile** dal Dott. _____

che per la malattia di cui sono affetto e per procedere ad una corretta diagnosi è necessaria l'esecuzione di:
ecografia con mezzo di contrasto _____

Dichiaro di essere stato informato:

- sull'importanza diagnostica dell'esecuzione di questa indagine
- sui rischi connessi all'indagine
- sulle alternative diagnostiche possibili

Dichiaro di non essere affetto da gravi patologie cardiovascolari

A seguito delle informazioni ricevute

Acconsento

Non Acconsento

a sottopormi ad **ecografia con mezzo di contrasto** che verrà eseguito dall'Equipe di questa Unità Operativa secondo le modalità espostemi;

Data __/__/____

Firma del paziente _____

Confermo di aver spiegato la natura e gli scopi della procedura da eseguire

Data __/__/____

Firma del medico richiedente _____

Per conferma e verifica di quanto sopra

Data __/__/____

Firma del medico esecutore _____