



**DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO
PER I PAZIENTI IN TERAPIA ANTI-COAGULANTE (AC)
O ANTI-AGGREGANTE (AA) CHE DEVONO ESSERE SOTTOPOSTI
A PROCEDURA BIOPTICA**

CONS. 19/RADIO

Rev. 1

Data 31/03/2023

Pagina di 2/2

ha svolto la procedura, personalmente oppure telefonicamente chiamando il nr. 045-6444013.

Per presa visione

Data _____

Firma del paziente _____

EVENTUALE MODIFICA DELLA TERAPIA AC / AADA PARTE DEL MEDICO CURANTE

Per quanto indicato sul retro Le chiediamo di consultare il Suo Medico Curante per ottenere da Lui le necessarie istruzioni su come modificare la Sua terapia anti-coagulante o anti-aggregante, permettendole così di affrontare la procedura bioptica in condizioni di massima sicurezza.

In casi particolari il Suo Medico Curante potrebbe giudicare troppo rischioso sospendere la terapia in questo momento e potrebbe suggerirle di rinviare le biopsie di qualche settimana/mese; per questo motivo il Personale Amministrativo dell'Accettazione è autorizzato a fissare il Suo appuntamento solo quando Lei avrà ottenuto il nulla osta e tutte le indicazioni terapeutiche necessarie dal Suo Medico Curante, fornendone attestazione firmata, in calce a questo modulo.

Per Il Medico Curante

Il Sig./La Sig.ra _____ può effettuare la biopsia di _____

previa eventuale modifica della terapia anticoagulante/antiaggregante come da schema terapeutico da me prescritto.

Data _____

Firma e timbro _____

Per il paziente

Io sottoscritto _____ dichiaro di avere compreso quanto sopra esplicito e di avere modificato la terapia anticoagulante/antiaggregante secondo le prescrizioni del mio Medico Curante.

Data _____

Firma _____