



**DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
RISONANZA MAGNETICA – T.A.C.**

Direttore Sanitario: Dott. Marco Bosso – Responsabile del Servizio: Dott. Carlo Monti

Rev.0

**CONSENSO INFORMATO
ALLA TAC INTERVENTISTICA**

- Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____
- In qualità di tutore del paziente: _____
io sottoscritto/a _____
nato/a a _____
residente a _____
- In qualità di esercente la potestà sul minore: _____
io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____

DICHIARO

Di essere stato/a informato/a in modo chiaro, dettagliato a me comprensibile dal Prof/Dott. _____
in merito agli accertamenti clinici c/o strumentali a cui dovrò essere sottoposto/a,
sulla natura, evoluzione ed ogni possibile complicità dell'infermità di cui sono
affetto/a e che la patologia riscontrata è la seguente: _____

Dichiaro altresì di essere stato informato/a in modo chiaro ed a me comprensibile sul tipo di procedura interventistica che mi verrà praticata, della quale mi sono stati spiegati obiettivi, benefici ed eventuali rischi e complicanze che da possono derivare, anche qualora venga effettuata secondo tutte le tecniche dell'arte, con perizia, prudenza e diligenza.

Conscio di ciò:

- **ACCONSENSO ALLA PROCEDURA DI TAC INTERVENTISTICA CHE MI E' STATA PROSPETTATA:** _____
- **ACCONSENSO INOLTRE** che il medico, in relazione all'infermità di cui sono affetto/a, modifichi la tecnica e/o il tipo di procedura concordata qualora ciò risultasse necessario nel corso della procedura stessa ovvero qualora se ne presentasse la necessità e le mie condizioni psicofisiche non mi permettessero di esprimere nuovo consenso.

Firma leggibile del paziente (tutore, genitore) _____

Firma leggibile del medico _____

Data ___/___/____

N.B. IL PRESENTE MODULO E' DA RITENERSI A TUTTI GLI EFFETTI PARTE INTEGRANTE DELLA CARTELLA CLINICA.