



**Modulo CONSENSO INFORMATO  
per esame diagnostico di  
Angiografia Cerebrale e Midollare Selettiva**

Rev. 00  
Gennaio 2013

Pagina  
1 di 3

**S.S.D. di Neuroangiografia Diagnostica e Interventistica  
C.d.C. 4703  
Responsabile: Dr. M. Hamam**

**MODULO CONSENSO INFORMATO  
per esame diagnostico di  
Angiografia Cerebrale e Midollare Selettiva**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, in  
qualità di:

- paziente  
 genitore esercente la potestà genitoriale di \_\_\_\_\_  
 tutore  amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

- di essere stato/a esaustivamente informato/a dal Prof./Dott. \_\_\_\_\_
- in modo chiaro e comprensibile, mediante colloquio  e modulo informativo :
  - che sono affetto/che dalla seguente patologia/sospetto diagnosti-  
co \_\_\_\_\_
  - che per l'approfondimento/conferma di tale patologia è indicata l'esecuzione del seguente esa-  
me/procedura \_\_\_\_\_
  - che l'esame/procedura proposta sarà eseguita dall'equipe della Struttura di  
\_\_\_\_\_;
  - del tipo e delle caratteristiche dell'esame/procedura diagnostica cui verrò/à sottoposto;
  - delle indicazioni, controindicazioni, possibili benefici ed insuccessi dell'esame/procedura pro-  
posta;
  - degli eventuali rischi generici e specifici e delle possibili complicanze dell'esame/procedura  
proposta;
  - del fatto che la tecnica di esecuzione dell'esame/procedura proposta potrà essere modificata  
dall'operatore nel corso dell'esame qualora egli lo ritenesse necessario e/o opportuno;
  - del decorso post-esame/procedura e degli eventuali tempi di degenza medi;
  - dei controlli da effettuare e delle misure igieniche e prescrizioni da seguire a domicilio;
  - delle possibili alternative diagnostiche all'esame/procedura proposta e dei relativi rischi e com-  
plicanze;
  - delle motivazioni che rendono più indicato l'esame/procedura proposta rispetto alle altre alter-  
native diagnostiche;
- di aver avuto la possibilità di fare domande sulle informazioni ricevute e di aver ricevuto esau-  
rienti risposte;



Modulo CONSENSO INFORMATO per esame diagnostico di Angiografia Cerebrale e Midollare Selettiva

Rev. 00 Gennaio 2013

Pagina 2 di 3

- di essere stato informato della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento prima dell'esame/procedura proposta;
di essere stato informato della possibilità dei rischi in caso di ritardo o rifiuto dell'esame proposto;
di essere stato informato del fatto che in caso di rifiuto verrà/à ugualmente curato ed assistito;
di aver compreso quanto mi è stato spiegato.

Tutto ciò premesso, in piena coscienza e libertà

[ ] ACCONSENTO

[ ] NON ACCONSENTO

ad essere sottoposto / a che \_\_\_\_\_ sia sottoposto ad esame/procedura di \_\_\_\_\_

firma del paziente/rappresentante legale \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ (leggibile)

firma del medico \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ (leggibile)

\*\*\*\*\*

[ ] ACCONSENTO

[ ] NON ACCONSENTO

a che i sanitari forniscano le informazioni relative al mio/suo stato di salute a \_\_\_\_\_

firma del paziente/rappresentante legale \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ (leggibile)

firma del medico \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ (leggibile)

\*\*\*\*\*

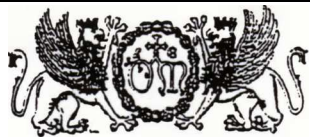
[ ] ACCONSENTO

[ ] NON ACCONSENTO

a che i sanitari utilizzino in forma anonima le informazioni relative al mio/suo stato di salute per fini scientifici e per pubblicazioni scientifiche.

firma del paziente/rappresentante legale \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ (leggibile)

firma del medico \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ (leggibile)



AZIENDA OSPEDALIERA DI  
PERUGIA

MO\_Neurorad\_01

**Modulo CONSENSO INFORMATO  
per esame diagnostico di  
Angiografia Cerebrale e Midollare Selettiva**

Rev. 00  
Gennaio 2013

Pagina  
3 di 3