



S.C. RADIOLOGIA ASLTO4

CIRIE'-LANZO, CHIVASSO, IVREA-CUORGNE'

CONSENSO

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

(genitore/tutore legale di _____)

sono stato informato/a dal Dottor _____ in data _____

Che è stata posta l'indicazione all'esecuzione di un esame radiologico con **mezzo di contrasto**.

A questo riguardo, ho ricevuto e compreso le informazioni verbali e come da documentazione sopra riportata, inerenti i benefici attesi dall'esame, le possibili complicanze ragionevolmente prevedibili, le alternative (dove ci siano), il diritto di rifiutare o sospendere in qualsiasi momento l'indagine prevista e le conseguenze derivanti dalla scelta.

Quindi, in piena coscienza, acconsento all'esecuzione della prestazione.

Data _____

Firma paziente _____

O di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale) _____

Timbro e firma del Medico Curante _____

Timbro e firma del Medico Radiologo/in formazione specialistica _____

REVOCA CONSENSO

Io sottoscritto/a _____ a partire dalle ore _____ del giorno _____

Revoco il consenso alla precitata procedura, consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta

Firma del paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale) _____

Timbro e firma del Medico Radiologo/ in formazione specialistica _____