

**Servizio di Endoscopia Digestiva ASUR – AV1**

Sede Scegliere un elemento.

***ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO***

Io sottoscritta …………………………. Scegliere un elemento.

***DICHIARO***

- di avere ricevuto un'informazione completa e comprensibile per il percorso clinico-assistenziale proposto:

COLONSCOPIA IN SEDOANALGESIA

di cui alla **SCHEDA INFORMATIVA** allegata, parte integrante del presente documento

- che prima di esprimere il consenso ho avuto il tempo necessario per decidere e l'opportunità di chiedere eventualmente ulteriori informazioni e le risposte sono state ritenute esaustive;

- che tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente;

- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso/dissenso in qualsiasi momento

di   **ACCETTARE**  **NON ACCETTARE**

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza il percorso clinico-assistenziale proposto.

Luogo e data: Urbino, 17/11/2022

Firma del dichiarante Firma del medico (\*) Scegliere un elemento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*N.B. per esigenze organizzative, il medico che firma e raccoglie il consenso può essere diverso da quello che ha precedentemente informato il paziente e/o che esegue l'intervento