Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

U. O. C Gastroenterologia – Servizio Endoscopia Digestiva CFV
UOS Endoscopia Digestiva PD
Direttore: Dott. Alberto Fantin

Consenso informato per indagini Endoscopiche e Trattamento dei Dati

Il Sottoscritto, _____ nato/a il: ___/___/_____

Dichiara di essere stato dettagliatamente informato dai sanitari dell'Unità Operativa sul tipo di strumenti utilizzati, sul metodo operativo, sulla tecnica di anestesia/sedazione a cui verrà sottoposto, sui rischi immediati e futuri, sui risultati conseguibili e sugli svantaggi della mancata esecuzione della procedura.

□ Acconsento a sottopormi a _____

□ Acconsento di sottopormi alla modalità di sedazione propostami _____

Istruzioni da osservare per le prime 24 ore se l'esame è stato eseguito in sedazione:

1. *Non guidare l'automobile o altro veicolo compresa la bicicletta*
2. *Non chiudersi a chiave in bagno o altre stanze della casa*
3. *Non usare macchinari elettrici*
4. *Non firmare documenti e non prendere decisioni importanti*
5. *Non assumere bevande alcoliche*

Il sottoscritto **dichiara** di aver ricevuto e preso visione dell'informativa art. 13 e seguenti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003, come modificato dal D.Lgs 101/2018 e **acconsente** al trattamento dei propri dati personali per finalità di tutela della salute.

❒ sì ❒ no

Il sottoscritto **acconsente** al trattamento dei propri dati personali per finalità statistica, di ricerca scientifica e di studio.
Per il completamento della diagnosi endoscopica acconsente inoltre alla visione del suo referto istologico.

❒ sì ❒ no

Firma del Paziente Firma del Medico

_____ _____

Data, ___/___/_____