



MODULO
**Consenso per procedure diagnostiche,
strumentali o interventistiche**

Cod: MOD05PG06

Data: 06/02/2026

Rev. 02

CONSENSO PER L'ESECUZIONE DI _____

ETICHETTA PAZIENTE

Lato (*se previsto*) destro ☐ sinistro ☐

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____

☐ genitore/tutore/amministratore di sostegno di _____ nato/a il _____
con grado di comprensione della lingua:

☐ completa ☐ sufficiente ☐ con necessità di mediatore linguistico
(nome del mediatore: _____)

DICHIARO

di aver letto e sottoscritto l'allegata informativa e di essere stato esaurientemente informato

- ☐ sulla mia condizione clinica /sulle condizioni cliniche di mio/mia figlio/figlia;
- ☐ di aver menzionato tutti i disturbi e le patologie di cui sono affetto/è affetto mio figlio/figlia;
- ☐ sulle modalità di esecuzione, sulle finalità diagnostiche e/o terapeutiche e che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze clinico scientifiche attuali;
- ☐ di essere stato/a adeguatamente informato/a sulle complicanze, sui rischi/benefici ed eventuali alternative al trattamento, sulle eventuali conseguenze al rifiuto del trattamento e sulla possibilità che l'indagine e/o la procedura una volta avviata, possa essere interrotta su mia richiesta, senza che vi sia pregiudizio della prosecuzione delle altre cure in corso o che si dovessero rendere necessarie in futuro, pur tuttavia senza ottenere l'esito o il dato clinico ricercato con l'esame e/o la procedura proposta;
- ☐ di aver compreso l'informazione ricevuta per iscritto e/o verbalmente e di aver potuto formulare domande e acquisirle risposte esaurienti;
- ☐ di essere a conoscenza di poter revocare il consenso in qualsiasi momento prima dell'effettuazione del trattamento;
- ☐ di essere stato messo a conoscenza delle indicazioni da osservare obbligatoriamente prima e dopo il termine dell'esame e/o della procedura, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo il digiuno, la necessità di non potersi muovere dal letto dopo la procedura e quant'altro mi è stato comunicato dal medico;
- ☐ di essere a conoscenza che verranno osservate tutte quelle cautele dettate dalla prudenza, diligenza e perizia al fine di evitare eventi dannosi che potrebbero compromettere la sua salute e che solo in caso di reale e comprovata necessità, i Sanitari potranno adottare, secondo scienza e coscienza, tutte quelle misure che riterranno indispensabili per la sua salvaguardia;
- ☐ su chi è previsto esegua il/i trattamento/i (*)
- ☐ di aver ricevuto l'informativa sulla esposizione a radiazioni ai sensi dell'art. 158 comma 10 D.Lgs 101/2020;
- ☐ ulteriori osservazioni / rischi aggiuntivi: _____

Preso atto di tutto ciò, consapevolmente e liberamente

☐ **Acconsento**

☐ **Non acconsento**

Data _____ Ora _____ Firma del paziente/tutore _____

Data _____ Ora _____ Firma del medico _____

**MODULO****Consenso per procedure diagnostiche,
strumentali o interventistiche**

Cod: MOD05PG06

Data: 06/02/2026

Rev. 02

In caso di paziente minorenne:Genitore 1 *Nome Cognome* _____Data _____ Ora _____ **Firma** _____Genitore 2 *Nome Cognome* _____Data _____ Ora _____ **Firma** _____Data _____ Ora _____ **Firma del minore maturo** _____Tutore *Nome Cognome* _____Data _____ Ora _____ **Firma** _____Data _____ Ora _____ **Firma del medico** _____

Nel caso di assenza di uno dei genitori si allega al presente consenso il modulo MOD07PG06 Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art.47 – DPR 18/12/2000 n. 445).

In caso di paziente di sesso femminile in età fertile:

Consapevole, dopo l'informativa ricevuta, dei rischi derivanti dall'esposizione a radiazioni ionizzanti durante la gravidanza, io sottoscritta _____ nata il _____ posso escludere di essere in stato di gravidanza accertata, presunta o possibile. Sono consapevole che se non sono in grado di escludere una gravidanza in atto è importante segnalarlo al medico prescrivente o responsabile dell'indagine diagnostica per le opportune valutazioni.

Data _____ Ora _____ **Firma paziente** _____**RINNOVO DEL CONSENSO**

*Il rinnovo del consenso deve essere effettuato se trascorse più di 48 ore dall'acquisizione del consenso
alle procedure diagnostiche, strumentali o interventistiche*

☐ Alla rivalutazione delle condizioni cliniche attuali, confermata l'indicazione alla procedura precedentemente prospettata, ritenendo di aver ottenuto sufficienti informazioni verbalmente e per via scritta, di averle adeguatamente comprese e di non necessitare di ulteriori chiarimenti;

☐ Ulteriori osservazioni: _____

Consapevolmente e liberamente,

☐ **Rinnovo il consenso**☐ **Non rinnovo il consenso**Data _____ Ora _____ **Firma paziente/tutore** _____Data _____ Ora _____ **Firma del medico (rivalutatore)** _____***In caso di paziente minorenne:***Genitore 1 *Nome Cognome* _____Data _____ Ora _____ **Firma** _____Genitore 2 *Nome Cognome* _____Data _____ Ora _____ **Firma** _____Data _____ Ora _____ **Firma del minore maturo** _____Tutore *Nome Cognome* _____Data _____ Ora _____ **Firma** _____Data _____ Ora _____ **Firma del medico** _____

(*) L'ASST Sette Laghi è convenzionata con l'Università degli Studi dell'Insubria per la Scuola di Medicina e Chirurgia e le sue Scuole di Specializzazione. I rapporti tra i due enti sono disciplinati da apposita convenzione, la quale tra l'altro individua le modalità di coinvolgimento dei Medici Specializzandi in formazione nella didattica scientifica avanzata e nell'acquisizione di esperienze tecnico pratiche di tipo specialistico. I Medici Specializzandi in formazione potranno pertanto intervenire nel Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale.