

| | | |
|--|---|--|
|  <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Fatebenefratelli Sacco</p> | <p>U.O. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</p> <p>OSPEDALE MACEDONIO MELLONI Via Macedonio Melloni, 52 20129 - MILANO</p> | <p>MDRADM 15 Data 15-01-2016 Rev 4 Pag. 1di 1</p> |
| CONSENTO | | |

CONSENTO INFORMATO ALLA PROCEDURA DI ISTEROSALPINGOGRAFIA

Descrizione: **VISUALIZZAZIONE DELLA MORFOLOGIA DELLA CAVITA' UTERINA E DELLE TUBE**

Sede: **PELVI**

Io sottoscritta Sig.ra: _____ data di nascita: _____

Informato dal Dott./Dott.ssa: _____

Che gli accertamenti effettuati dal medico curante hanno dimostrato:

La infertilità per il sospetto di non pervietà tubarica

Che le attuali conoscenze mediche mostrano l'indicazione all'esecuzione delle procedure con le seguenti finalità:

Dimostrare e documentare la morfologia della cavità uterina e la visibilità delle tube

Dichiaro di ritenermi soddisfatta delle informazioni ricevute, prendendo atto che il personale sanitario può modificare il proprio comportamento, sulla base delle esigenze che dovessero sopravvenire.

Dichiaro che mi è stato consegnato o che ho scaricato dal sito e letto l'allegato di maggior dettaglio **DOIRAD 10**, a supporto delle informazioni ricevute che contiene gli aspetti di seguito esposti:

- di essermi attenuta alle prescrizioni riportate nell'allegato di maggior dettaglio **DOIRAD 10** consegnato o scaricato dal sito ed alla informativa data dal centro unico di prenotazione e di non avere sintomatologia infiammatoria in atto
- di non aver avuto rapporti sessuali dall'inizio delle mestruazioni e di **non essere in stato di gravidanza**.
- di aver preso visione dell'informativa dell'esame e delle dichiarazioni spontanee rilasciate dalle pazienti
- di aver espresso il consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgs. 30/6/2003 n:196)

Do il consenso **Non do il consenso**

La paziente

Firma per attestazione di ricevuta informazione e dichiarazione di consenso

| | | | |
|--------|------|------------------|----------------|
| Milano | data | Il Medico | timbro e firma |
|--------|------|------------------|----------------|

Verificata la comprensione dell' informazione fornita eventualmente alla presenza dell'interprete/mediatore o di altro soggetto

| | |
|--|----------------------------|
| Interprete/mediatore Sig./Sig.ra: _____ | firma Interprete/mediatore |
|--|----------------------------|

Rimane comunque la possibilità da parte mia di modificare in qualunque momento, tramite la compilazione di un nuovo consenso informato, la decisione in merito all'esecuzione della procedura.

Consenso revocato in data :

Firma (revoca consenso):

Il medico operatore è comunque disponibile a fornire ulteriori informazioni per ogni altro ulteriore chiarimento.



OSPEDALE FATEBENEFRATELLI E OFTALMICO
OSPEDALE MACEDONIO MELLONI



Regione
Lombardia

ASST FATEBENEFRATELLI SACCO

Sistema Socio Sanitario