

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____
informato in modo chiaro e per me interamente comprensibile dal

Dr. _____ sulla natura e gli scopi della procedura alla quale verrò
sottoposto, edotto dei rischi, pericoli ed eventuali complicazioni alle quali posso essere esposto,
ACCONSENTO alla esecuzione di:

- BRONCOSCOPIA
- TORACENTESI
- PARACENTESI
- RACHICENTESI
- BIOPSIA _____

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL PAZIENTE

Io sottoscritto Dr. _____ stabilisco che il pz. _____
nato il _____ non è attualmente in grado di comprendere il significato del consenso
informato. Pertanto informo il parente più prossimo/caregiver presente sulle indicazioni alla
esecuzione della suddetta procedura.

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL PARENTE

Data _____