

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ECOGRAFIA SENZA MEZZO DI CONTRASTO
PAZIENTI MINORI

L'Ecografia è un'indagine che utilizza ultrasuoni per studiare diverse strutture di tutto il corpo. Questo esame è innocuo ed è utilizzabile in gravidanza.

L'esame effettuato potrà portare ad una diagnosi, ad un sospetto diagnostico, alla richiesta di ulteriori approfondimenti e/o controlli.

Il /La sottoscritto/a

Nato/a a Il

Codice Fiscale

In qualità di genitore/soggetto esercente la responsabilità genitoriale sul minore

Cognome e Nome

Data di nascita

Codice Fiscale

informato/a e consapevole

- che l'ecografia richiesta dal medico di fiducia è esame che non comporta rischi per il paziente;
- che tale esame potrà portare ad una diagnosi, ad un sospetto diagnostico e/o alla richiesta di ulteriori approfondimenti e/o controlli.
- che in caso di ecografia addominale è necessaria adeguata preparazione (es. digiuno di 6 ore, vescica piena)

DICHIARO

di aver ricevuto, compreso e recepito le informazioni ed i chiarimenti che mi sono stati dati e i limiti della metodica

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

che il minore venga sottoposto all'esame ecografico proposto

Luogo e data

Firma del genitore/tutore

.....