

Sede ORL Lugano  
Sede OBV Mendrisio  
Sede ODL Locarno  
Sede ORBV Bellinzona

Tel. 091 811 61 70  
Tel. 091 811 32 12  
Tel. 091 811 47 02  
Tel. 091 811 87 08

## Consenso informato procedure di gastroenterologia

(firmare e datare al più tardi il giorno precedente l'esame. Portarlo con sé il giorno dell'esame)

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

### Procedura di gastroenterologia

- Gastrosopia ([EOC I-GASTRO-008](#))
- Posizionamento di sonda gastrica percutanea ([EOC I-GASTRO-010](#))
- Colonscopia (informativa in fase di elaborazione)
- Colangiopancreatografia retrograda endoscopica (ERCP) ([EOC I-GASTRO-005](#))
- Biopsia epatica percutanea ([EOC I-GASTRO-013](#))
- Endosonografia ([EOC I-GASTRO-015](#))
- Enteroscopia a doppio pallone ([EOC I-GASTRO-012](#))
- PH-impedenzometria delle 24 ore e manometria ([EOC I-GASTRO-011](#))
- Videocapsula endoscopica ([EOC I-GASTRO-016](#))
- Misurazione del gradiente di pressione nel fegato e del prelievo di un campione di fegato per via transgiugulare (biopsia transgiugulare) ([EOC I-GASTRO-017](#))
- Paracentesi ([EOC I-GASTRO-014](#))
- Altro:

Il/la sottoscritto/a conferma di aver ricevuto e letto l'informativa di riferimento e di essere stato/a informato/a sul motivo (indicazione), sulle modalità dell'esame/intervento e sui rischi ad esso correlati in modo chiaro, comprensibile e completo.

Ho ottenuto risposte esaurienti alle domande che ho posto:  SI  NO

Sono d'accordo di sottopormi alla procedura proposta:  SI  NO

Voglio eseguire la procedura con sedazione:  SI  NO

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma paziente: \_\_\_\_\_  
o rappresentante legale / terapeutico

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma medico: \_\_\_\_\_