

Istruzioni preparatorie all'esame:

INIEZIONI DI SOSTANZE TERAPEUTICHE

da eseguire scrupolosamente come indicato:

Il sottoscritto:

Nato/a a:

il:

residente a:

in:

dichiara di aver ricevuto dal personale sanitario della struttura ogni possibile informazione riguardo sede, natura ed entità delle lesioni o malattie da cui è affetto: inoltre è stato/a informato/a sul tipo di procedura medica, con i benefici ed i rischi eventuali ad essa connessi.

Informato/a inoltre della generica possibilità di complicazione legate al tipo di trattamento proposto, sulle possibili alternative di cure così come le probabilità di successo.

Consapevole di aver compreso che il rischio di complicanze è in diretto rapporto con l'evoluzione del complesso malattia-complicanza statisticamente ed epidemiologicamente considerato.

DICHIARA:

- di esprimere il proprio consenso al trattamento sanitario proposto

- di essere a conoscenza che tale consenso è univoco, libero da coercizione e che è revocabile, condizionabile per fattori impreveduti assumendosi ogni responsabilità che possa derivare da interruzioni a riduzioni del programma terapeutico previsto.

- di avere la capacità giuridica.

Pertanto accetto di essere sottoposto/a al trattamento di INFILTRAZIONI le cui complicanze più frequenti sono ematomi, infezioni articolari.

Concedo mandato di procedere anche nei confronti di condizioni patologiche inattese che dovessero emergere nel corso della procedura, acconsento ad ogni eventuale variazione rispetto a quanto esposto che dovesse rendersi necessaria ai fini di una più vantaggiosa conduzione del trattamento.

Firma del paziente

Firma del genitore o tutore in caso di minore

Firma del medico