



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

CONSENSO INFORMATO PER PICCOLI INTERVENTI AMBULATORIALI CON O SENZA BIOPSIA

Cognome e Nome.....

Diagnosi:.....

Procedura prevista:.....

Consenso informato all'intervento:

si informa il paziente riguardo a opzioni terapeutiche, benefici attesi e possibili rischi, in particolare quelli relativi a:

- uso dell'anestesia locale;**
- recidiva o necessità di successivo allargamento dei margini di resezione;**
- complicazioni della ferita chirurgica: emorragia ed ematoma, infezione, deiscenza e ritardo di guarigione;**
- esito estetico non soddisfacente.**

Data.....

Firma del paziente.....

Consenso informato all'esecuzione della biopsia/esame istologico:

Si comunica inoltre che, ai fini diagnostici e terapeutici, lo specialista potrà, in corso di intervento/esame, procedere ad una biopsia; pertanto si richiede al paziente di esprimere il proprio consenso:

Firma del paziente.....

Nel caso venga eseguito l'esame istologico, si rende noto che:

- I non esenti dovranno pagare, oltre **al ticket della prestazione** (biopsia escissionale / incisionale), **anche il ticket dell'esame istologico;**
- l'esito dovrà essere ritirato direttamente dal paziente o da un delegato munito di delega e documenti di entrambi.
- Il mancato ritiro, anche se in possesso di esenzioni, comporterà per l'utente una sanzione pari al costo degli esami eseguiti (Malum)
- l'esito dovrà essere portato in visione al medico curante per le opportune valutazioni.

Dichiarazione del paziente:

- dichiaro di aver compreso le informazioni verbali e scritte comunicate dagli operatori e di non avere dubbi a riguardo.**
- dichiaro pertanto di acconsentire ai trattamenti sopra indicati.**

Data

Firma e timbro del medico

Firma del paziente

.....

.....

.....