


| | | |
|---|--|----------------------------|
|  | Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia | Codice: ALL13 PSDTA SGQ 07 |
| | | Data: 28 maggio 2026 |
| | | Revisione: 0 |
| | | Pagina 1 di 1 |

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE ED ESPRESSIONE DI VOLONTA'
in merito a manovre invasive: posizionamento accesso venoso

Io sottoscritto/a.....dichiaro di:

- AVER RICEVUTO in data

in modo chiaro ed esaustivo le informazioni inerenti alla necessità del posizionamento dell'accesso venoso in particolare su benefici, eventuali rischi, effetti collaterali, complicanze descritte nell'informativa sulla procedura.

- AVER LETTO ATTENTAMENTE l'informativa e AVERNE COMPRESO tutto il contenuto

pertanto

☐ **AUTORIZZO** il professionista sanitario impiantatore ad effettuare il posizionamento del catetere venoso

oppure

☐ non **AUTORIZZO** il professionista sanitario impiantatore ad effettuare il posizionamento del catetere venoso

Data Firma Paziente

Firma professionista sanitario

Io sottoscritto/a.....

☐ **REVOCO IL CONSENSO** a effettuare/continuare l'espletamento della procedura attualmente in atto, pur avendo compreso contenuti e finalità della stessa, e, sono consapevole delle conseguenze che tale decisione avrà nell'iter diagnostico/terapeutico.

Data Firma Paziente

Firma e timbro del Medico che acquisisce la revoca:

Firma professionista sanitario come testimone