

# DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

(Atto sanitario)

**per il paziente** \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_

Dati sanitari : **Richiesta di analisi cliniche**

Atto sanitario Proposto: **Prelievi Ematici e/o Campioni Biologici**

Possibili Rischi/Effetti Collaterali:

**Rari casi di Irritazione locale - Rottura del vaso - Ematoma - Lieve calo pressorio**

Informativa del Prelevatore: dichiaro di aver fornito l'informazione dell'atto sanitario proposto, delle modalità di esecuzione e dei rischi/effetti collaterali associati.

Il Prelevatore \_\_\_\_\_

## ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**Dati genitori (per i minori di età):**

Padre/Madre \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**dichiaro di**

- aver ricevuto informativa comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto e di aver informato il Medico della propria situazione clinica.

- essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'erogazione del trattamento

Di conseguenza (barrare la scelta)

Accetto liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza l'atto sanitario proposto

Revoco il consenso precedentemente espresso

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Laboratorio Salus srl - accreditato SSR**

Via Lionello Matteucci 23 | Rieti 02100 | P.Iva 00094840576

www.salusrieti.it | info@salusrieti.it | tel e fax 0746 202353