

**CONSENSO INFORMATO
AD INTERVENTO IN REGIME AMBULATORIALE**

Io sottoscritto/a _____
richiedo e consento che il Prof. / Dott. _____
esegua o disponga la esecuzione del trattamento della mia infermità in regime ambulatoriale.

Diagnosi _____

Intervento _____

Dichiaro inoltre di aver perfettamente capito che l'intervento in oggetto a parte e complicanze e i rischi generici connessi ad ogni intervento chirurgico e trattamento anestesilogico potrebbe comportare tra l'altro:

- ✓ infezione;
- ✓ sanguinamento;
- ✓ apertura di ferita;
- ✓ cicatrice anomala e visibile;
- ✓ sierosa (raccolta di liquido);
- ✓ disturbi locali della sensibilità;
- ✓ danni funzionali;
- ✓ risultato estetico diverso da quello atteso;
- altro _____

Dichiaro che le spiegazioni fornitemi sulla mia malattia, sulle procedure diagnostiche e terapeutiche che essa rende necessarie e sui possibili rischi connessi sono state chiare e comprensibili.

Data, _____

Firma del paziente _____

Firma del genitore / tutore _____

Firma del Prof./Dott. _____