



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 _____

Analisi Cliniche O'Bios srl - accreditato SSR