



Richiesta di Consenso Informato

La presente per comunicarLe che le “infiltrazioni di sostanze terapeutiche” possono in casi rari e in taluni soggetti allergici, provocare reazioni per possibili intolleranze o anomalie di tolleranza alle sostanze antinfiammatorie, analgesiche o anestetiche. Le reazioni possibili sono di solito di tipo vagale (nausea, vomito, sensazione di calore, senso di vertigine, ecc.).

La possibilità che accada l’evento non è dipendente dall’esperienza del Medico che effettua la prestazione ma è legata alla sensibilità del soggetto.

I casi di reazione sono estremamente rari, tuttavia preferiamo informarLa, chiedendoLe di esprimere il Suo consenso prima di sottoporsi al trattamento.

TERAPIA PROPOSTA DA:		<input type="checkbox"/> SPECIALISTA CURIE	<input type="checkbox"/> SPECIALISTA ESTERNO	<input type="checkbox"/> MEDICO CURANTE	
DIAGNOSI:			SOSTANZA TERAPEUTICA:		
ESECUZIONE IN		Firma	ESECUZIONE IN		Firma
1°	DATA		5°	DATA	
2°	DATA		6°	DATA	
3°	DATA		7°	DATA	
4°	DATA		8°	DATA	

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a.....Codice fiscale..... dopo aver preso visione di quanto sopra riportato, e dopo colloquio con il Medico Specialista, dichiara di essere stato informato e di aver compreso i rischi inerenti “infiltrazione della sostanza terapeutica proposta” ed esprimo il mio consenso a sottopormi al trattamento.

Cologno Monzese,

Firma del Paziente

Firma del Medico Specialista

.....

.....