
 <p>Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano</p>	<p><b>S.C.D.U. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA</b>  <b>Regione Gonzole, 10 – 10043 Orbassano (TO)</b>  <b>Dirigente F.F.: Prof. Andrea VELTRI</b>  <b>Tel. 011-902.6401 - Fax 011-902.6303</b>  <b>E-mail: radiologia@sanluigi.piemonte.it</b></p>	 <p>REGIONE PIEMONTE</p>
---	---	---

**CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI PROCEDURE DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA**

(Data ultima revisione: 15/07/2012)

**CONSENSO**

Io sottoscritto/a..... nato/a a ..... il.....  
(\*genitore o tutore legale di .....)  
sono stato informato dal Dott. .... in data.....  
che, a causa della patologia che mi è stata prospettata (.....  
.....) è stata posta l'indicazione all'esecuzione di  
.....  
A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni verbali ed eventualmente scritte riguardanti:  
- il mio stato di salute;  
- il tipo di **procedura di Radiologia Interventistica** a cui sarò sottoposto/a;  
- i benefici, i rischi, le complicanze, gli esiti (anche tardivi) e i postumi specificamente correlati alla procedura;  
- le possibili alternative diagnostiche e/o terapeutiche alla procedura proposta; e quindi, **in piena coscienza, acconsento** all'esecuzione della prestazione sopra indicata.  
Data.....  
Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale\*) .....  
Timbro e firma del Medico che richiede l'esame.....  
Timbro e firma del Medico Radiologo Esecutore.....

**REVOCA CONSENSO**

Io sottoscritto/a..... a partire dalle ore .....  
del giorno ..... **revoco il consenso** alla precitata procedura,  
consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.  
Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale\*) .....  
Timbro e firma del Medico Radiologo Esecutore.....