

Modulo di consenso

Il/la Sottoscritto/a:

Cognome e Nome _____

Codice fiscale _____ Residenza _____

Telefono _____ Luogo e data di nascita _____

RAPPRESENTANTE LEGALE (Se il paziente è un Minore)

Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____

Informato e reso consapevole in modo chiaro e completo sul tipo di indagine diagnostica da eseguire (Test Allergologici: Prick o Patch Test) e precisamente:

- Sulla modalità di esecuzione dell'indagine;
- Sugli eventuali rischi temporanei per la salute;
- Sull'impossibilità di effettuare indagini alternative di pari efficacia;
- Sugli inconvenienti conseguiti alla mancata esecuzione dell'indagine;
- Che l'indagine proposta offre il migliore rapporto beneficio/rischio sulla base delle conoscenze attuali;

PRESA VISIONE della nota informativa dell'indagine in oggetto e avendone compreso il contenuto;

VALUTATE le informazioni ricevute ed i chiarimenti che sono stati forniti,

DICHIARA quanto segue:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

a sottopormi alla prestazione.

Il/la Sottoscritto/a consapevole che i dati personali e sensibili raccolti nel corso dell'esecuzione del test verranno adoperati limitatamente alle esigenze di indagini scientifiche, ai sensi della legge 675/96,

DICHIARA quanto segue:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Al trattamento dei dati personali e sensibili.

Il/la Sottoscritto/a, informto sull'eventualità che vengano eseguite fotografie dell'esito delle reazioni al test delle manifestazioni cutanee,

DICHIARA quanto segue:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

PALERMO, li _____ FIRMA DEL PAZIENTE _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____