

**C. M. D.**  
**CENTRO MALATTIE DIGESTIVE Ambulatorio di Gastroenterologia**  
**Endoscopia operativa Epatologia GASTROENTEROLOGIA ed ENDOSCOPIA**  
**DIGESTIVA**

**CONSENSO INFORMATIVO PER ESAME DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

Il sottoscritto/a.....  
acconsente a sottoporsi al seguente esame endoscopico:

**ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA per posizionamento di P.E.G.**

Dichiara di essere stato esaurientemente informato sulla procedura e sul tipo di strumentazione che verrà impiegata, sullo scopo per cui l'esame viene eseguito, sulle eventuali procedure operative ed eventuali supporti farmacologici e galenici che si rendessero necessari durante l'esame diagnostico; sui rischi immediati e futuri che caratterizzano le procedure, sui benefici che derivano dalla loro esecuzione e sugli svantaggi che conseguono alla loro mancata effettuazione.

Dichiara inoltre di aver ricevuto soddisfacente risposta ad eventuali quesiti o chiarimenti che riguardino le procedure endoscopiche, da parte del DOTTOR ..... che eseguirà l'esame.

**FIRMA del PAZIENTE (o in caso di minore del genitore).....**

Confermo di aver raccolto il consenso informato del paziente e di averlo esaurientemente informato.

**FIRMA del MEDICO.....**

Torino, li ...../...../.....