



CENTRO PER LA
FAMIGLIA
ISTITUTO
"LA CASA DI VARESE"
ONLUS

Dichiarazione di Consenso Informato MO. 03 BBB

Member of CISQ Federation



CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ISO 9001

Verificato RSGQ - approvato AD rev.2 del 21/03/2019

Io sottoscritta _____

Dichiaro di essere stato informato delle modalità e delle finalità dell'atto sanitario programmato.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Visita Ginecologica | <input type="checkbox"/> Visita Ostetrica |
| <input type="checkbox"/> Eco T-V | <input type="checkbox"/> Eco Ostetrica I Trimestre |
| <input type="checkbox"/> Eco Pelvica | <input type="checkbox"/> Eco Ostetrica II Trimestre |
| <input type="checkbox"/> Pap test | <input type="checkbox"/> Eco Ostetrica III Trimestre |
| <input type="checkbox"/> HPV- DNA | |

In particolare, sono stata informata che l'indagine ecografica permette di individuare la maggior parte delle malformazioni fetali o delle patologie dell'apparato genitale. Tuttavia per i limiti intrinseci della metodica, è possibile che alcune malformazioni o alcune patologie, anche importanti, non vengano rilevate.

Varese, _____ Firma dell'utente _____

Firma dell'**operatore sanitario** che ha acquisito il consenso _____

Revoca del consenso informato

Io sottoscritto/a _____ in data _____

dichiaro di voler **REVOCARE** il consenso alla prestazione sopra indicata

Varese, _____ Firma dell'utente _____

Firma dell'**operatore** che ha acquisito la revoca del consenso _____