

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)



REGIONE PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA



OO.RR. - FOGGIA

CONSENSO INFORMATO PER PAZIENTI AFFETTI DA CALCOLOSI DELLA

COLECISTI

Io sottoscritto _____ sono stato esaurientemente informato dal Dott. _____ su quanto segue:

il trapianto in pazienti affetti da calcolosi della colecisti, pur in assenza di sintomatologia o segni di colecistite acuta e per la quale condizione non è stata posta, al momento, un'indicazione chirurgica, si associa ad un aumentato rischio di complicanze infettive, anche potenzialmente fatali, come conseguenza dell'immunosoppressione nel post-trapianto.

Essendo stato esaurientemente informato/a in modo chiaro ed a me comprensibile sulla natura e sulla evoluzione della malattia da cui sono affetto/a, esprimo il consenso ad essere sottoposto/a all'intervento di trapianto di rene nonostante i rischi sopra riportati.

Dichiaro di aver letto e compreso quanto sopra indicato.

Firma del paziente _____ Data _____

Firma del medico _____ Data _____

DICHIARAZIONE DEL MEDICO CHE HA RACCOLTO IL CONSENSO/RIFIUTO

Io sottoscritto _____, confermo ed attesto in modo consensuale alla sottoscrizione del Sig/ra _____, che lo/a stesso/a, a mio avviso, ha interamente compreso quanto sopra esposto punto per punto.

Firma del medico _____ Data _____