

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO RELATIVA A  
INTERVENTO INFILTRATIVO**

Il sottoscritto

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
in occasione della visita da parte del Dottor Rossoni  
ritenuto necessario per il trattamento di un/una

ha convenuto sull'opportunità di essere sottoposto a  
**TERAPIA INFILTRATIVA**

Il Dott. Rossoni mi ha fornito delle informazioni precise sul mio stato di salute e mi ha spiegato in modo semplice e comprensibile la probabile evoluzione della mia malattia. Egli mi ha inoltre informato sugli altri possibili trattamenti alternativi e dei loro benefici od inconvenienti.

Il Dott. Rossoni mi ha chiaramente indicato la natura e le finalità dell'intervento che mi sarà praticato, i disagi possibili che me ne potranno derivare, i rischi e le potenziali complicanze dell'atto medico non solo nell'immediato, ma anche a distanza di tempo. Abbiamo inoltre insieme valutato la possibilità di una terapia antibiotica al largo spettro in relazione al mio stato di salute e possibile predisposizione a sviluppare infezioni.

Dichiaro di essere **intollerante / allergico** alle seguenti classi farmaceutiche.....

.....

Sono anche a conoscenza che le mie condizioni generali mi espongono alle seguenti complicanze aggiuntive.

Dichiaro di aver avuto l'opportunità di porre alcune domande al Dott. Rossoni e di aver compreso le risposte che Egli mi ha fornito con parole comprensibili.

**Accenso alla realizzazione delle tecniche di infiltrazione alle condizioni sopra riportate e al trattamento dei dati:**

**Non accenso al trattamento proposto:**

*COLLOQUIO CON IL medico in DATA*

FIRMA Dott. Rossoni

FIRMA

Firma del tutore (se il paziente è minore o incapace di intendere e volere)