



**CONSENSO INFORMATO AGLI INTERVENTI  
CHIRURGICI ED ALTRE PROCEDURE  
INVASIVE  
(Dr. Cavallini)**

M C 12/3 OR

.....I..... sottoscritt.....  
è stat.... Informato dal Dr.....

1.1 sulle condizioni cliniche e sulla necessità di essere sottoposto all'intervento chirurgico  
.....

1.2 sull'eventuale esecuzione di biopsia a scopo diagnostico

1.3 sulle complicanze chirurgiche e post-chirurgiche, o comunque legate alla patologia di origine,  
con le loro possibili incidenze percentuali, secondo statistiche internazionali e la nostra  
personale esperienza; tali complicanze sono a seguito elencate:

Trombosi Venosa Profonda, Instabilità, Dolore Residuo, Complicanze Nervose, Residua Sinovite,  
Embolia Polmonare, Rigidità, Infezioni, Miosite Ossificante, Decesso intra o postoperatorio,  
Cicatrice Deturpante, Necrosi Cutanea, Ematoma, Secrezione Prolungata, Aggravamento condizioni  
Circolatorie Centrali e/o Periferiche preesistenti.

....I.... sottoscritt.... dichiara di essere stat.... accuratamente informato di quanto sopra, ed in  
condizioni di intendere e volere, averne compreso l'importanza a tutti gli effetti.

....I.... sottoscritt.... acconsente ad essere sottopost.... all'intervento e dà facoltà al Dottore,  
qualora fosse necessario, di apportare, secondo scienza e coscienza, modifiche all'intervento  
finalizzate al raggiungimento del miglior risultato terapeutico per la propria salute.

SITO INTERVENTO	LATO INTERVENTO

data .....

Firma del paziente .....

Firma del Medico.....

Nella qualità di genitore o giudice tutelare, acconsento che il minore .....  
sia sottoposto ad intervento chirurgico

Firma del Genitore/Tutore o Giudice Tutelare  
.....

Firma del Medico  
.....

