

**CONSENSO INFORMATO PER  
COLONSCOPIA VIRTUALE  
SENZA/CON SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO**

(Data ultima revisione: 09/07/2021)

Io sottoscritto/a..... nato/a a .....

il.....  
(\*genitore o tutore legale di .....

sono stato informato che è stata posta l'indicazione all'esecuzione di una **Colonscopia Virtuale, esame che utilizza radiazioni ionizzati, senza/con somministrazione di Mezzo di Contrasto Iodato.**

A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni fornitemi inerenti i benefici attesi dall'esame e le possibili complicanze ragionevolmente prevedibili; consapevole del mio diritto di rifiutare o sospendere in qualsiasi momento l'esame nonché delle conseguenze derivanti dalla scelta, **in piena coscienza, acconsento** all'esecuzione dell'esame sopra indicato.

Data.....

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale\*)

.....

-

**DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA (per donne in età fertile)** SÌ  NO

Data..... Firma della Paziente.....

.....

-

**PREMEDICAZIONE**

(Pazienti ricoverati)

Io sottoscritto/a.....dichiaro di aver somministrato al Paziente la premedicazione  **antiallergica**  **nefroprotettiva** come da indicazioni.

Timbro e firma del Medico prescrivente

.....

Data.....

Timbro e firma del Medico Radiologo.....

.....



**REVOCA CONSENSO**

Io sottoscritto/a..... a partire dalle ore  
.....

del giorno ..... **revoco il consenso** all'esecuzione dell'esame sopra  
indicato, consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale\*)  
.....

Timbro e firma del Medico  
Radiologo.....