

 <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Servizio Sanitario della Toscana S.C. Medicina Interna H Valle del Serchio</p>	<p>CONSENSO ALLA BIOPSIA OSTEO MIDOLLARE E MIELOASPIRATO</p>	<p>MR MGB 009 Rev. 0 del 03/08/2016 Pag. 1 di 1</p>
--	---	--

Io sottoscritto _____
nato a _____ il _____
a cui il Dott. _____ propone:

- Biopsia osteo-midollare**
 Mieloaspirato midollare

dichiaro di essere stato informato:

- della mia condizione clinica
- delle modalità di esecuzione della BOM/MO:
- delle sue finalità
- di aver fornito tutti i dati a me noti sulle mie malattie pregresse e sul mio stato di salute, sulle terapie in atto (anticoagulanti, antiaggreganti piastrinici)
- delle potenziali complicanze
- della eventualità, pertanto, qualora si verificassero le complicanze indicatemi che si rendano necessarie emotrasfusioni

Dichiaro inoltre di aver letto l'informativa fornitami e di aver avuto tempo e modo di porre tutte le domande che ho ritenuto opportune e di aver avuto in merito risposte esaurienti, che ho compreso e che mi hanno soddisfatto.

Preso atto di tutto ciò, in piena coscienza e libertà di giudizio, pur potendo in qualunque momento revocare tale decisione

- Acconsento**
 Non acconsento
 Acconsento alla somministrazione di anestetico locale

Data Firma (Paziente/Tutore legale/Genitore)

Io sottoscritto confermo di aver spiegato al paziente le modalità di esecuzione dell'esame, i motivi, gli scopi, i benefici e le possibili complicanze della MO e/o della BOM

Data..... Firma..... (Medico che ha informato il paziente)

Data.....Firma.....(Medico che esegue l'esame)

Data Firma..... (Grado di parentela)