

## CONSENSO INFORMATO

### per l'esecuzione del prelievo di sangue venoso

Gentile Paziente prima di prestare il suo consenso alla esecuzione del prelievo di sangue per venipuntura, presso il Centro Prelievi Laboratorio privato di Analisi Cliniche "Laboratori Clodia", la invitiamo a prendere visione di quanto di seguito indicato come complicità della suddetta procedura invasiva.

Il prelievo ematico venoso in rari casi può provocare effetti collaterali quali:

- gonfiore, piccole lesioni, ematoma o infezione al punto del prelievo;
- vertigine o collasso vaso-attivo.

Gli effetti di cui sopra sono solitamente estremamente rari. Nel caso ella sia o sia stata afflitta da disturbi cario-circolatori e/o respiratori o sia in una condizione emotiva alterata la preghiamo di darne immediata comunicazione al Personale addetto al prelievo. Rimane inteso che in assenza del Prelievo ematico venoso il Laboratorio della struttura non potrà provvedere agli accertamenti per i quali lo stesso prelievo si rende necessario.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Eventuale Tutore o genitore dell'interessato/a: \_\_\_\_\_

(estremi documento identità tutore e/o genitore: \_\_\_\_\_)

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza

### ACCONSENTO

- ad essere sottoposto/a al prelievo per puntura venosa, a far sottoporre;
- a far sottoporre a prelievo per puntura venosa il/la signor/ra: \_\_\_\_\_  
per il/la quale esercito le funzioni genitoriale o di tutore legale.

Dichiaro di aver ricevuto un'informazione comprensibile e precisa sulla procedura di prelievo ematico a cui vengo sottoposto e alle sue rare ed eventuali complicanze.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma dell'interessato/a o facente funzione \_\_\_\_\_

LABORATORI CLODIA DIAGNOSTICS & SERVICES S.R.L.

Cognome e nome operatore sanitario \_\_\_\_\_

Firma leggibile dell'operatore sanitario \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'OPERATORE SANITARIO**

L'operatore sanitario \_\_\_\_\_ (cognome e nome dell'operatore sanitario), dichiara che l'utente ha deciso di non sottoporsi a prelievo ematico per puntura venosa.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma dell'operatore sanitario \_\_\_\_\_