

OSPEDALE DI LEGNAGO
 DIPARTIMENTO CHIRURGICO
 UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Direttore: Dr. **Marco TORRAZZINA**

tel. 0442 622248 - fax 0442 622822 - e-mail ostetricia.ginecologia.leg@aulss9.veneto.it

DICHIARAZIONE DI INFORMAZIONE E DI CONSENSO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI ISTEROSUZIONE

Legnago, ____/____/____

Io sottoscritta _____

sono stata informata sulle caratteristiche e modalità dell'intervento di interruzione volontaria della gravidanza da me richiesto ai sensi della legge n. 194/78 ed ho ricevuto chiare risposte ad ogni mia domanda.

In particolare il medico mi ha informata sul fatto che, come ogni trattamento chirurgico, esistono alcuni rischi e possono verificarsi complicanze, a volte imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore. Ho discusso di tali eventualità con il medico e ho comunque appreso che nel mio caso, sulla base anche della consolidata esperienza clinica, le probabilità che queste si verificano sono rare.

Preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a soluzioni diverse da quella da me richiesta, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole.

Confermo pertanto la mia richiesta di interrompere la gravidanza ed acconsento all'intervento chirurgico.

Firma della Richiedente _____

INFORMATIVA (Art. 10 L. 675/1996) - L'Azienda Ulss 9 Scaligera di Verona informa che il trattamento in cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte dell'Azienda medesima della finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto della legge L. 675/96

