

U.O.S.D. Laboratorio Analisi – Ospedale “G Fracastoro” San Bonifacio

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER PRELIEVO SU MINORE

Il/la sottoscritto/a genitore del minore



Esaurientemente informato sulle modalità di esecuzione del prelievo al proprio figlio minore:

- acconsento al prelievo ematico secondo le modalità previste dal Manuale Utenti e del Manuale Ambulatoriale
 - acconsento al prelievo microbiologico secondo le modalità previste dal Manuale Utenti, dal Manuale Ambulatoriale e dal Manuale di Microbiologia
 - mi dichiaro disponibile a collaborare ad immobilizzare l'arto sede di prelievo ematico secondo le indicazioni del personale dell'ambulatorio prelievi
 - acconsento che il personale addetto eserciti manovre di immobilizzazione sul bambino/a al fine di garantire la buona riuscita del prelievo ematico

 - Medico
 - Infermiere professionale
 - Operatore di ambulatorio prelievi
- Il Genitore

Firma

Firma

Data