

	LABORATORIO DI ANALISI CLINICHE DOTT.SSA BIDELLO MARINA SRL
	VIA COSENZA, 134 - 80053 CASTELLAMMARE DI STABIA (NA)
CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL PRELIEVO	
M. CIEP REV. 0 DATA 28/03/2025	

Gentile paziente,

Prima di prestare il Suo consenso all'esecuzione del prelievo ematico presso questa struttura, con l'apposizione della Sua firma in calce, la invitiamo a prendere visione di quanto indicato come possibile complicità della suddetta procedura invasiva.

Per poter espletare la Sua richiesta di indagini ematiche è necessario sottoporla ad un prelievo di sangue per puntura venosa, atto invasivo che può provocare, in un numero esiguo di casi, effetti collaterali quali:

- vertigine o sincope neurogena di tipo "vaso-vagale" (ipotensione, svenimento), per far fronte a tale evenienza verrà fatto accomodare su apposita poltrona;
- gonfiore, piccole lesioni, ematoma o infezione nel punto del prelievo.

È necessario che Lei ci informi, prima di effettuare il prelievo, di eventuali problemi cardio-circolatori o altri (epilessia, problemi emotivi, ecc.) che potrebbero teoricamente facilitare le complicanze.

È raccomandabile che, dopo il prelievo, si soffermi in sala d'attesa per almeno cinque minuti mantenendo una pressione del cotone/cerotto sul punto del prelievo.

Se lo ritiene opportuno può chiedere ulteriori spiegazioni e chiarimenti in merito alla procedura al personale sanitario del centro che rimane a sua disposizione.

Io sottoscritto, _____, dichiaro, di aver letto e compreso quanto sopra, di avere ricevuto informazioni chiare ed adeguate e di consentire all'esecuzione del prelievo di sangue venoso.

Castellammare di Stabia,

Firma del paziente: _____

L'Operatore Sanitario ha verificato che il paziente ha compreso quanto sopra descritto

Firma dell'Operatore Sanitario: _____

	LABORATORIO DI ANALISI CLINICHE DOTT.SSA BIDELLO MARINA SRL VIA COSENZA, 134 - 80053 CASTELLAMMARE DI STABIA (NA)	
	CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL PRELIEVO	M. CIEP REV. 0 DATA 28/03/2025

Gentile paziente,

Prima di prestare il Suo consenso all'esecuzione del prelievo ematico presso questa struttura, con l'apposizione della Sua firma in calce, la invitiamo a prendere visione di quanto indicato come possibile complicità della suddetta procedura invasiva.

Per poter espletare la Sua richiesta di indagini ematiche è necessario sottoporla ad un prelievo di sangue per puntura venosa, atto invasivo che può provocare, in un numero esiguo di casi, effetti collaterali quali:

- vertigine o sincope neurogena di tipo "vaso-vagale" (ipotensione, svenimento), per far fronte a tale evenienza verrà fatto accomodare su apposita poltrona;
- gonfiore, piccole lesioni, ematoma o infezione nel punto del prelievo.

È necessario che Lei ci informi, prima di effettuare il prelievo, di eventuali problemi cardio-circolatori o altri (epilessia, problemi emotivi, ecc.) che potrebbero teoricamente facilitare le complicanze.

È raccomandabile che, dopo il prelievo, si soffermi in sala d'attesa per almeno cinque minuti mantenendo una pressione del cotone/cerotto sul punto del prelievo.

Se lo ritiene opportuno può chiedere ulteriori spiegazioni e chiarimenti in merito alla procedura al personale sanitario del centro che rimane a sua disposizione.

Io sottoscritto, _____, dichiaro, di aver letto e compreso quanto sopra, di avere ricevuto informazioni chiare ed adeguate e di consentire all'esecuzione del prelievo di sangue venoso.

Castellammare di Stabia,

Firma del paziente: _____

L'Operatore Sanitario ha verificato che il paziente ha compreso quanto sopra descritto

Firma dell'Operatore Sanitario: _____