



OSPEDALE DI DESENZANO GAVARDO MANERBIO

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST COMBINATO

PRESENZA DI BARRIERA LINGUISTICA: SI NO

Se SI, informativa e consenso devono essere raccolti tramite l'intervento del mediatore culturale, il quale attesta la piena comprensione da parte della gestante delle informazioni fornite e delle eventuali risposte ricevute:

(Cognome e Nome in stampatello del mediatore + firma)

Io sottoscritta _____ nata il _____
(Cognome e Nome)

dopo aver ricevuto le informazioni riportate in questo documento e le opportune spiegazioni, nonché risposte chiare ed esaurienti alle domande poste, **confermo di aver compreso quanto mi è stato comunicato e DICHIARO di VOLERE**

AUTORIZZARE NON AUTORIZZARE

ALL'ESECUZIONE DEL TEST COMBINATO DEL PRIMO TRIMESTRE

Luogo, _____
(Data e ora, firma della gestante)

Luogo, _____
(Data e ora, cognome e nome in stampatello e firma del medico che ha tenuto il colloquio informativo e raccolto il consenso)

REVOCA DEL CONSENSO:

Dichiaro di revocare il consenso:

Firma _____ data _____ ora _____

NB. Il consenso dato può essere revocato sino al momento immediatamente precedente l'esecuzione della procedura.