

**CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE  
DI SEDATIVI PER ANESTESIA**

da allegare al Consenso Informato raccolto e firmato dall'Anestesista e relativo ai rischi legati alla somministrazione dei sedativi per anestesia propedeutici all'esecuzione dell'esame diagnostico

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione di sedativi per anestesia.

Pertanto, reso/a edotto/a dal Medico Responsabile dell'esame diagnostico della valutazione dei rischi correlati/benefici diagnostici, ne acconsente la somministrazione.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma del paziente** \_\_\_\_\_

**Firma del tutore/esercente la patria potestà** \_\_\_\_\_