

STUDIO DENTISTICO
(Timbro con dati indirizzo)

Modulo di consenso all'esecuzione dell'esame di screening per il tumore del cavo orale.

NOME PAZIENTE: _____ DATA: _____

L'esame di screening per il tumore del cavo orale è un check-up della bocca (nota come cavo orale) e della parte posteriore della bocca (nota come l'orofaringe). Lo screening può individuare lesioni sospette, piaghe o protuberanze/masse (lesioni vegetative) che possono essere già un tumore o trasformarsi in futuro in cancro.

Si prega di leggere attentamente ogni riga.

Dichiaro di aver compreso che l'esame di screening per il tumore del cavo orale consiste nel verificare la mia bocca, per cercare eventuali lesioni sospette che potrebbero o non potrebbero essere un tumore. Capisco che quest'esame non è destinato a rilevare altri problemi a denti e gengive.

Dichiaro di aver compreso che quest'esame di screening per il tumore del cavo orale non è in grado di rilevare ogni cancro orale o faringeo che io possa avere.

Dichiaro di aver compreso di essere responsabile in prima persona di dover seguire le raccomandazioni datemi, di eseguire tutte le visite o gli esami di controllo successivi, la biopsia o gli esami prescritti.

Dichiaro di aver compreso che quest'esame di screening per il tumore del cavo orale non è completo e non sostituisce altri esami effettuati in passato o che eseguirò in futuro.

Dichiaro di aver compreso che l'eventuale risultato positivo dell'esame di screening sarà condiviso con altri professionisti del settore sanitario per ulteriori accertamenti, consultazioni o trattamenti.

Dichiaro di aver compreso che l'esame di screening per il tumore del cavo orale dovrebbe essere eseguito annualmente o come indicato dal proprio medico.

Affermo di aver letto le dichiarazioni di cui sopra e di accettarle.

Firma _____ Data: _____