

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: \_\_\_\_\_