

Il/la sottoscritto/a _____

In caso di minore o soggetto sotto tutela o in caso di fiduciario indicare le generalità del genitore/tutore/fiduciario nato/a _____ il _____

Il/la sottoscritto/a _____

In caso di minore indicare le generalità dell'altro genitore (vivente) nato/a _____ il _____

(1) in qualità di paziente

(2) in qualità di esercente/i la potestà sul minore

(3) in qualità di tutore*/amministratore*/fiduciario**

(*ALLEGARE COPIA DEL PROVVEDIMENTO DEL GIUDICE)

**Persona di fiducia che il/la paziente ha eventualmente incaricato di ricevere informazioni ed esprimere eventuale consenso (anche in sua vece) nel caso in cui decida di non voler essere informato in merito alle proprie condizioni di salute. Registrare chiaramente in cartella clinica la volontà espressa dal paziente in tal senso e le generalità della persona incaricata (art. 1 comma 3 Legge 219/2017)

del paziente _____

nato/a _____ il _____

(scrivere a stampatello) Informato/a dal Dott. _____ matricola _____

Si procede ad effettuare l'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo invocando lo stato di necessità, in quanto il/la paziente è impossibilitato/a ad esprimere il consenso, ovvero in assenza di chi possa legalmente esprimerlo.

Data ___/___/___ ora ___

Firma e timbro del Medico _____

DICHIARA

in caso di paziente donna

DI NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA DI ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA ESPRIME DUBBIO

Di essere consapevole delle necessità di essere sottoposto all'atto sanitario (specificare: terapia medica, intervento chirurgico, procedura diagnostico terapeutica, **sito anatomico e lato di effettuazione**) compilare a cura del Medico:

per la patologia (indicare la patologia che richiede gli accertamenti diagnostici o gli atti terapeutici)

Dichiara inoltre di essere stato/a informato/a in modo comprensibile esaustivo ed adeguato, attraverso colloquio e materiale informativo consegnatomi, in merito a:

- l'atto sanitario sopra indicato, consigliato per la cura e/o migliorare la prognosi, i relativi rischi e vantaggi, le eventuali conseguenze temporanee o permanenti e la modalità di effettuazione,
- la possibilità di dover modificare o ampliare il trattamento, così come già programmato, di fronte a situazioni impreviste e al momento difficilmente prevedibili
- le probabilità di successo ed i potenziali benefici
- i potenziali rischi e le possibili complicanze prevedibili, comprese quelle infettive e la loro probabilità di verificarsi
- i possibili esiti in caso di rifiuto della procedura proposta
- le possibili alternative alla procedura, i relativi benefici e rischi
- la possibilità di revocare il consenso in qualunque momento

CONSENSO ALL'ATTO SANITARIO

REV 0.1 21 11 2022

- le condizioni cliniche o fisiologiche che possono influire sugli esiti o determinare complicazioni o rappresentare fattori di rischio aggiuntivi (**patologie, allergie, terapie farmacologiche, gravidanza** ecc.) compilare a cura del Medico: _____
- _____
- _____

Il/La paziente ha espresso la necessità di ulteriori colloqui informativi? SI NO

Data di svolgimento di ulteriore colloquio _____

Firma Medico

Firma Paziente

Preso atto della situazione illustrata, confermo di aver compreso le informazioni ricevute e pertanto:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Con scelta attuale e spontanea, all'atto sanitario propostomi **AFFERMO**:

- di aver ben compreso tutto ciò che è stato spiegato sia in ordine alle condizioni cliniche, sia ai rischi connessi all'atto sanitario, sia a quelli che potrebbero derivare in caso di rifiuto e di essere pienamente cosciente, consapevole e libero/a nelle scelte che attengono alla mia persona/al mio assistito

Il colloquio informativo si è svolto in data ___ / ___ / ___

- di aver ricevuto materiale informativo specifico relativo al trattamento proposto

La presente firma conferma che il consenso o il rifiuto all'atto proposto è espresso dal sottoscritto/a e che il presente modulo è conforme all'andamento del colloquio/i avuti con il/i medico/i e con l'informativa ricevuta

Data ___/___/___ **ora** ___ **Firma e timbro del Medico** _____

Presenza di interprete: no si (nome e cognome) _____

Firma del paziente _____

Firma del 1° genitore/rappresentante legale*/fiduciario** _____

Firma del 2° genitore _____

REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____ CONSAPEVOLE DEI POSSIBILI RISCHI PER LA SALUTE, DICHIARO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO PRESTATO IN PRECEDENZA AL TRATTAMENTO SANITARIO

Data ___/___/___ **ora** ___ **Firma e timbro del Medico** _____

Presenza di interprete: no si (nome e cognome) _____

Firma del paziente _____

Firma del 1° genitore/rappresentante legale*/fiduciario** _____

Firma del 2° genitore _____