

**Consenso alla profilassi farmacologica Virus Respiratorio Sinciziale**

rev 0.0 2022

**(SCRIVERE A STAMPATELLO)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- Genitore o esercente la potestà sul minore  
 Tutore/amministratore del minore

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- Genitore o esercente la potestà sul minore

**Dati del minore**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

nato/a a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

essendo stato/i informato/i

dal Dott. \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

ed avendo, dal medesimo, ricevuto l'apposito modulo "**Sintesi informativa alla profilassi farmacologica Virus Respiratorio Sinciziale**"**Dichiara 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, i relativi benefici e rischi
- la possibilità di revocare il consenso in qualunque momento
- le condizioni cliniche o fisiologiche che possono influire sugli esiti o determinare complicazioni o rappresentare fattori di rischio aggiuntivi (**patologie, allergie, terapie farmacologiche**, ecc.):

---

*(compilare **sempre** a cura del medico)*

- di aver ben compreso tutto ciò che è stato spiegato



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA - P.IVA 01151150867

## Consenso alla profilassi farmacologica Virus Respiratorio Sinciziale

rev 0.0 2022

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

**ACCONSENTE/NO**

**NON ACCONSENTE/NO**

Con scelta attuale e spontanea, **alla somministrazione di PALIVIZUMAB (SYNAGIS) al proprio bambino.**

**AFFERMO** 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.

Firma e timbro del Medico

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

Presenza di interprete:  no  si (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Firma del 1° soggetto legittimato

Firma del 2° soggetto legittimato

---

### REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

- Genitore o esercente la potestà sul minore
- tutore/amministratore del minore

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

- Genitore o esercente la potestà sul minore

Del minore sopra indicato, **REVOCA/NO il proprio consenso alla procedura proposta**

Firma e timbro del Medico

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

Presenza di interprete:  no  si (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Firma del 1° soggetto legittimato

Firma del 2° soggetto legittimato

***Al presente modulo deve essere allegata la nota informativa specifica relativa all'atto sanitario proposto***