



Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ Codice Fiscale _____

In caso di minore indicare le generalità del secondo genitore

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ Codice Fiscale _____

(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)

paziente _____ nato/a _____ il _____

Informato/a dal Dott. _____ matricola _____

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire: _____

Sito e Lateralità: _____

Si procede ad effettuare l'atto terapeutico e/o diagnostico 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 _____

in caso di paziente donna DICHIARA

DI NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA

DI ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA

ESPRIME DUBBIO

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita
- dei rischi specifici in caso di gravidanza
- dei possibili rischi in caso di rifiuto della procedura proposta



- presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

- valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

All'effettuazione dell'esame diagnostico

Data _____ Firma Medico _____

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

Firma del paziente _____

Firma del 1° genitore/rappresentante legale _____

Firma del 2° genitore _____

REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____

REVOCA

il proprio consenso alla procedura proposta: _____

Data ____/____/____ ora ____

Firma Paziente _____

Firma del 1° genitore/rappresentante legale _____

Firma del 2° genitore _____

Firma Medico _____ Matricola _____