



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 \_\_\_\_\_