

## MODULO CONSENSO INFORMATO

### DATI IDENTIFICATIVI

Nome e Cognome

del paziente: \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

*Dati identificativi dei genitori, se minore d'età:*

Nome e Cognome:

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

*Dati del legale rappresentante (se oggetto privo in parte/del tutto di autonomia decisionale):*

Nome e Cognome:

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

### DATI SANITARI (a cura del medico)

Descrizione della patologia da cui è affetto il paziente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Atto sanitario proposto:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale del consenso informato. Il medico della struttura cui potrà fare riferimento è/sono il/i dott.:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_

### ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Dichiaro di essere stato/a informato/a in modo comprensibile ed esauriente, dal Dr. \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ e di aver compreso la patologia da cui sono affetto ed il trattamento che mi è stato proposto.

**L'INTERVENTO SARÀ ESEGUITO DALLA SEGUENTE ÉQUIPE OPERATORIA**

- \_\_\_\_\_
- verrò informato al momento dell'effettuazione della prestazione.

Via G. D'Annunzio, 29 - 33010 Branco di Tavagnacco (UD)  
Tel. 0432 574163

[www.salusalpeadria.it](http://www.salusalpeadria.it) - [info@salusalpeadria.it](mailto:info@salusalpeadria.it)

Etichetta del paziente

Mi è stato spiegato che i potenziali vantaggi del trattamento proposto sono:

Gli esiti prevedibili del mancato trattamento sono:

Le probabilità di successo del trattamento, in assenza di complicanze, sono:

elevate /  medie /  basse

\_\_\_\_\_

I rischi più comuni sono:

I possibili esiti cicatriziali del trattamento sono rappresentati da:

I possibili problemi relativi al recupero e alla piena guarigione sono:

In linea generale, tenendo presente la variabilità biologica individuale, il periodo necessario per un recupero funzionale è di:

Mi è stato spiegato che  **NON ESISTONO** /  **ESISTONO alternative** a questo trattamento sanitario/chirurgico, con i loro potenziali vantaggi e svantaggi, e cioè:

### Ho richiesto le seguenti ulteriori informazioni relative all'intervento e alle sue possibili complicanze:

DOMANDA: \_\_\_\_\_

RISPOSTA: \_\_\_\_\_

DOMANDA: \_\_\_\_\_

RISPOSTA: \_\_\_\_\_

### Ritengo le risposte chiare ed esaurienti:

Sono a conoscenza della possibilità di **revocare** il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Recepita l'informazione ricevuta

*all'effettuazione dell'intervento chirurgico /atto sanitario su indicato*

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_

**AUTORIZZO** /  **NON AUTORIZZO**

**l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune durante l'intervento (es.:**

nel solo interesse della mia salute e della migliore riuscita dell'intervento stesso, con l'impegno di descrivere nel registro operatorio nel modo più esaustivo le condizioni intraoperatorie che le hanno motivate.

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_

Via G. D'Annunzio, 29 - 33010 Branco di Tavagnacco (UD)

Tel. 0432 574163

[www.salusalpeadria.it](http://www.salusalpeadria.it) - [info@salusalpeadria.it](mailto:info@salusalpeadria.it)

Etichetta del paziente

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE (Data \_\_\_\_\_)

Firma del padre

Firma della madre

Firma del tutore

Firma del minore se di età  
maggiore ai 14 anni

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO O SOTTOPOSTO AD AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO (Data \_\_\_\_\_)

Firma del tutore / amministratore di sostegno \_\_\_\_\_

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE (Data \_\_\_\_\_)

Nome e Cognome dell'interprete (stampatello)	Firma dell'interprete	N. Documento
_____	_____	_____
Nome e Cognome del 1° testimone (stampatello)	Firma	N. Documento
_____	_____	_____
Nome e Cognome del 2° testimone (stampatello)	Firma	N. Documento
_____	_____	_____

PAZIENTE CON IMPEDIMENTO MATERIALE ALLA FIRMA (Data \_\_\_\_\_)

Nome e Cognome del 1° testimone (stampatello)	Firma	N. Documento
_____	_____	_____
Nome e Cognome del 2° testimone (stampatello)	Firma	N. Documento
_____	_____	_____

Recepita l'informazione ricevuta

all'effettuazione dell'intervento chirurgico /atto sanitario su indicato

- ACCONSENTO  
 NON ACCONSENTO

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_

Essendo trascorso un intervallo di tempo dal \_\_\_\_\_ (data acquisizione consenso), **CONFERMO** quanto precedentemente espresso e **sono stato informato/a** che l'equipe operatoria sarà composta da:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_