

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 - 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 - 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 _____