 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna  Policlinico S. Orsola-Malpighi	<b>MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO</b>	TIMBRO U.O. CODICE NOSOGRAFICO
--	--	-----------------------------------

**DATI RELATIVI AL PAZIENTE e AL TRATTAMENTO PROPOSTO**

COGNOME	NOME
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA

Diagnosi o indirizzo diagnostico

Trattamento terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto

Sede (organo, parte o livello del corpo)

Lateralità dell'intervento (per interventi su organi o parti pari)

Solo per donne in età fertile: la paziente dichiara di:

- ☐ ESSERE in stato di gravidanza.  
☐ NON ESSERE in stato di gravidanza

- ☐ Si procede ad effettuare l'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo 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 (in tale ipotesi si interrompe a questo punto la compilazione del modulo).

**INFORMAZIONI FORNITE**

**Sono state fornite tutte le informazioni relative a:**

- 1) - Diagnosi od orientamento diagnostico
- 2) - Prognosi e aspettative migliorative del trattamento
- 3) - Modalità di esecuzione dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo
- 4) - Tipo di anestesia (se prevista)
- 5) - Eventuali rischi e/o complicanze (anche in riferimento all'eventuale concomitanza di altre patologie)
- 6) - Eventuali alternative diagnostico-terapeutiche al trattamento proposto (comprese loro aspettative migliorative e rischi e complicanze)
- 7) - Conseguenze prevedibili alla mancata esecuzione dell'atto diagnostico e/o terapeutico e/o riabilitativo proposto
- 8) - Eventuali rischi che l'esposizione a radiazioni può rappresentare per l'embrione o il feto (donne in stato di gravidanza)

Inoltre (segnare l'opzione attuata):

- ☒ E' stato inoltre fornito al/la paziente, ovvero a chi esercita la potestà genitoriale, ovvero al rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatore) materiale informativo sulla procedura proposta appositamente predisposto dall'Unità Operativa.
- ☐ In assenza di materiale informativo appositamente predisposto, si annota in cartella clinica ( o in altra documentazione sanitaria) la sintesi delle informazioni trasmesse verbalmente durante il colloquio, facendo firmare per presa visione il/la paziente, ovvero chi ne esercita la potestà genitoriale, ovvero il rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatore).
- ☐ Qualora non fosse possibile annotare in cartella clinica (o in altra documentazione sanitaria) la sintesi delle informazioni rese, utilizzare lo spazio sottostante per scrivere gli aspetti discussi, sottolineati ovvero precisati.

Si informa il/la destinatario/a dell'informazione che in caso di bisogno di ulteriori informazioni, può rivolgersi all'Unità Operativa contattando il seguente numero di telefono [redacted] (in caso di ulteriori momenti informativi, è opportuno annotare il loro accadimento).

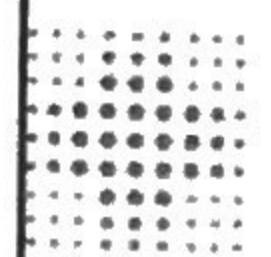
Data:

Firma

- ☒ Il/La paziente  
☐ Il/I Genitore/i  
☐ L'amministrat  
☐ Il Tutore  
☐ Il Curatore  
☐ Alla presenza

Firma e timbro del  
Medico proponente e/o



 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna  Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>	<p align="center"><b>MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO</b></p>	<p align="right">R01/PA24 Rev. 10 Pag. 2/2 Data di applicazione: 12.05.2016</p>
--	--	---

Ho ben compreso quanto fino a ora discusso e condiviso con i professionisti dell'équipe/Dott. \_\_\_\_\_ nel corso del processo informativo e dunque:

<input checked="" type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b>
<p align="center">ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DELL'ATTO DIAGNOSTICO E/O TERAPEUTICO E/O RIABILITATIVO CHE MI E' STATO PROPOSTO</p>	<p align="center">SEPPUR CONSAPEVOLE DEI POSSIBILI RISCHI PER LA SALUTE, NON ACCONSENTO ALL'EFFETTUAZIONE, PRESSO QUESTA STRUTTURA, DELL'ATTO DIAGNOSTICO E/O TERAPEUTICO E/O RIABILITATIVO CHE MI E' STATO PROPOSTO</p> <p>Sono, in particolare, stato/a adeguatamente informato/a su quali conseguenze possono derivare dal mio rifiuto all'esecuzione dell'atto medico proposto.</p>

**Firma del/la paziente**  
(se maggiorenne e capace di intendere e volere)

**Firma dei genitori o di esercita la tutela,**  
verificata la loro identità (in caso di paziente minorenne)

**Firma del tutore o curatore o amministratore di sostegno**  
(verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento  
di tutela, curatela o amministrazione di sostegno)

**Eventuale firma del/la paziente**  
(in caso di curatela o amministrazione)

**Alla presenza di**

Firma e timbro del medico proponente e/o esecutore:

Data:

**REVOCA DEL CONSENSO**

SEPPUR CONSAPEVOLE DEI POSSIBILI RISCHI PER LA SALUTE,  
DICHIO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO

Sono, in particolare, stato/a adeguatamente informato/a su quali conseguenze possono derivare dalla mia revoca.

**Firma del/la paziente** (se maggiorenne e incapace di intendere e volere)

**Firma dei genitori o di esercita la tutela,** verificata la loro identità (in caso di paziente minorenne)

**Firma del tutore o curatore o amministratore di sostegno** (verificata la sua identità ed acquisita copia del  
provvedimento di tutela, curatela o amministrazione di sostegno)

**Eventuale firma del/la paziente** (in caso di curatela o amministrazione)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma e timbro del medico:



 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>	<b>MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO</b>	TIMBRO U.O. CODICE NOSOGRAFICO
---	--	-----------------------------------

**DATI RELATIVI AL PAZIENTE e AL TRATTAMENTO PROPOSTO**

COGNOME	NOME
DATA DI NASCITA	

Diagnosi o indirizzo diagnostico

Trattamento terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto

Sede (organo, parte o livello del corpo)

Lateralità dell'intervento (per interventi su organi o parti pari)

Solo per donne in età fertile: la paziente dichiara di:

☐ ESSERE in stato di gravidanza.  
☐ NON ESSERE in stato di gravidanza

☐ Si procede ad effettuare l'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo 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 (in tale ipotesi si interrompe a questo punto la compilazione del modulo).

**INFORMAZIONI FORNITE**

**Sono state fornite tutte le informazioni relative a:**

- 1) - Diagnosi od orientamento diagnostico
- 2) - Prognosi e aspettative migliorative del trattamento
- 3) - Modalità di esecuzione dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo
- 4) - Tipo di anestesia (se prevista)
- 5) - Eventuali rischi e/o complicanze (anche in riferimento all'eventuale concomitanza di altre patologie)
- 6) - Eventuali alternative diagnostico-terapeutiche al trattamento proposto (comprese loro aspettative migliorative e rischi e complicanze)
- 7) - Conseguenze prevedibili alla mancata esecuzione dell'atto diagnostico e/o terapeutico e/o riabilitativo proposto
- 8) - Eventuali rischi che l'esposizione a radiazioni può rappresentare per l'embrione o il feto (donne in stato di gravidanza)

Inoltre (segnare l'opzione attuata):

- ☒ E' stato inoltre fornito al/la paziente, ovvero a chi esercita la potestà genitoriale, ovvero al rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatore) materiale informativo sulla procedura proposta appositamente predisposto dall'Unità Operativa.
- ☐ In assenza di materiale informativo appositamente predisposto, si annota in cartella clinica (o in altra documentazione sanitaria) la sintesi delle informazioni trasmesse verbalmente durante il colloquio, facendo firmare per presa visione il/la paziente, ovvero chi ne esercita la potestà genitoriale, ovvero il rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatore).
- ☐ Qualora non fosse possibile annotare in cartella clinica (o in altra documentazione sanitaria) la sintesi delle informazioni rese, utilizzare lo spazio sottostante per scrivere gli aspetti discussi, sottolineati ovvero precisati.

Si informa il/la destinatario/a dell'informazione che in caso di bisogno di ulteriori informazioni, può rivolgersi all'Unità Operativa contattando il seguente numero di telefono 051-2443819 (in caso di ulteriori momenti informativi, è opportuno annotare il loro accadimento).

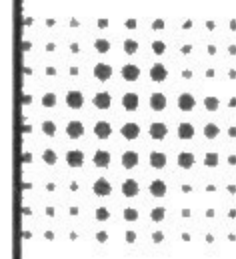
Data:

Firma

- ☒ Il/La paziente  
☐ Il/I Genitore/i  
☐ L'amministratore  
☐ Il Tutore  
☐ Il Curatore  
☐ Alla presenza

Firma e timbro del  
Medico proponente e/o



 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna  Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>	<p align="center"><b>MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO</b></p>	<p align="right">R01/PA24 Rev. 10 Pag. 2/2 Data di applicazione: 12.05.2016</p>
--	--	---

Ho ben compreso quanto fino a ora discusso e condiviso con i professionisti dell'équipe/Dott. [redacted] nel corso del processo informativo e dunque:

<input checked="" type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b>
<p align="center">ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DELL'ATTO DIAGNOSTICO E/O TERAPEUTICO E/O RIABILITATIVO CHE MI E' STATO PROPOSTO</p>	<p align="center">SEPPUR CONSAPEVOLE DEI POSSIBILI RISCHI PER LA SALUTE, NON ACCONSENTO ALL'EFFETTUAZIONE, PRESSO QUESTA STRUTTURA, DELL'ATTO DIAGNOSTICO E/O TERAPEUTICO E/O RIABILITATIVO CHE MI E' STATO PROPOSTO</p> <p>Sono, in particolare, stato/a adeguatamente informato/a su quali conseguenze possono derivare dal mio rifiuto all'esecuzione dell'atto medico proposto.</p>

**Firma del/la paziente**  
(se maggiorenne e capace di intendere e volere)

**Firma dei genitori o di esercita la tutela,**  
verificata la loro identità (in caso di paziente minorenne)

**Firma del tutore o curatore o amministratore di sostegno**  
(verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento  
di tutela, curatela o amministrazione di sostegno)

**Eventuale firma del/la paziente**  
(in caso di curatela o amministrazione)

**Alla presenza di**

Firma e timbro del medico

Data:

**REVOCA DEL CONSENSO**

SEPPUR CONSAPEVOLE DEI POSSIBILI RISCHI PER LA SALUTE,  
DICHIO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO

Sono, in particolare, stato/a adeguatamente informato/a su quali conseguenze possono derivare dalla mia revoca.

**Firma del/la paziente** (se maggiorenne e incapace di intendere e volere)

**Firma dei genitori o di esercita la tutela,** verificata la loro identità (in caso di paziente minorenne)

**Firma del tutore o curatore o amministratore di sostegno** (verificata la sua identità ed acquisita copia del  
provvedimento di tutela, curatela o amministrazione di sostegno)

**Eventuale firma del/la paziente** (in caso di curatela o amministrazione)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma e timbro del medico: