

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

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 _____ (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 presenz

**Firma e timbro del
Medico proponente e/o**

(Stampa circolare dell'Unità Operativa con firma e timbro)

MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

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"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO
ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DELL'ATTO DIAGNOSTICO E/O TERAPEUTICO E/O RIABILITATIVO CHE MI E' STATO PROPOSTO	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 Sono, in particolare, stato/a adeguatamente informato/a su quali conseguenze possono derivare dal mio rifiuto all'esecuzione dell'atto medico proposto.

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 minorenni) _____

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,
DICHIARO 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) _____

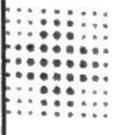
Firma dei genitori o di esercita la tutela, verificata la loro identità (in caso di paziente minorenni) _____

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>	<p>MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO</p>	<p>TIMBRO U.O. CODICE NOSOGRAFICO</p>
---	---	---

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 051-243819 (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**


 Tim. 5M
 C.E. 2
 P.Z. Ospedaliere
 U.O.

MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

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"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO
ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DELL'ATTO DIAGNOSTICO E/O TERAPEUTICO E/O RIABILITATIVO CHE MI E' STATO PROPOSTO	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 Sono, in particolare, stato/a adeguatamente informato/a su quali conseguenze possono derivare dal mio rifiuto all'esecuzione dell'atto medico proposto.

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 minorene)

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: [redacted]

REVOCA DEL CONSENSO

SEPPUR CONSAPEVOLE DEI POSSIBILI RISCHI PER LA SALUTE,
DICHIARO 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 minorene)

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: