



Dipartimento di Chirurgia e Trapianti d'Organo

**CLINICA CHIRURGICA 3**

Direttore: Prof. Stefano Merigliano

**DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE PER L'ACQUISIZIONE DEL  
CONSENSO/RIFIUTO ALL'ATTO SANITARIO PROPOSTO**

**DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data nascita 16/07/1964

Luogo nascita ADRIA

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**DATI SANITARI**

Sintesi situazione clinica:

MASSA SURRENALICA SX

Atto sanitario proposto:

SURRENECTOMIA SX

Dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale "Procedura per l'informazione al paziente e acquisizione del consenso all'atto sanitario".

Data: 10/11/2017

Firma del medico proponente che informa: \_\_\_\_\_

Timbro del medico proponente che informa  
(o nome cognome leggibile in stampatello)

Consegnata scheda informativa ☐ SI ☐ NO ☐ NON DISPONIBILE

ALTRO \_\_\_\_\_

Io sottoscritto CARMINE MANZALI dichiaro di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente relativa ai vantaggi del trattamento proposto, alle possibili controindicazioni, all'esperienza della struttura e alle eventuali alternative offerte dalle altre sedi. Mi è stato illustrato che ogni trattamento sanitario comporta alcuni rischi e che, a parere del medico, i vantaggi di quello che mi è stato proposto giustificano la sua esecuzione. Mi è stata assicurata la disponibilità dei medici della struttura a fornirmi ogni ulteriore informazione qualora lo richieda.

Ricevuto scheda informativa ☐ SI ☐ NO

Data 10/11/2017

Firma del paziente \* \_\_\_\_\_





Dipartimento di Chirurgia e Trapianti d'Organo

CLINICA CHIRURGICA 3

Direttore: Prof. Stefano Merigliano

**ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO**

Dopo aver riflettuto sulle informazioni ricevute Io sottoscritto/a CARMINE MANZALI nato/a il 16/07/1964

**ACCETTO**

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto. Acconsento a variazioni o estensioni del previsto atto, nonché a procedure concomitanti che si rendessero necessarie, i cui benefici, derivati dall'estensione/variazione dell'atto sanitario, sono maggiori rispetto alla sospensione dell'atto stesso. Sono a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento.

Data 10/11/2017

Firma del paziente/utente \*

Firma del medico proponente che informa

Timbro (o nome cognome leggibile in stampatello) del medico proponente che informa

**VERIFICA DEL CONSENSO DA PARTE DEL MEDICO ESECUTORE**

(da compilare solo se medico esecutore diverso dal medico proponente)

Io, medico esecutore, dichiaro di aver verificato che l'informazione, oggetto del consenso, fornita al paziente risponde all'atto che sto per eseguire.

Firma del medico esecutore

Timbro (o nome cognome leggibile in stampatello) del medico esecutore

**REVOCA**

Dopo aver riflettuto sulle informazioni ricevute Io sottoscritto CARMINE MANZALI dichiaro di voler REVOCARE il consenso prestato in data

Data 10/11/2017

Firma del paziente/utente \*

**RIFIUTO DELL'ATTO SANITARIO PROPOSTO**

Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal Dott. \_\_\_\_\_ ma

**NON ACCETTO**

l'effettuazione presso questa struttura dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo che mi è stato proposto. Sono in particolare stato/a adeguatamente informato/a su quali conseguenze possono derivare dal mio rifiuto all'esecuzione dell'atto medico proposto

Data 10/11/2017

Firma del paziente/utente \*

Firma del medico che riceve il rifiuto

\* Firma dell'esercente/i la potestà genitoriale in caso di minore

\* Firma del curatore o tutore o amministratore di sostegno in caso di incapacità

Si allega autocertificazione