

 OSPEDALE SAN RAFFAELE	<b>ATTESTAZIONE di VOLONTA' per PRESTAZIONE SANITARIA</b> <i>(informativa allegata)</i>	Etichetta
		Nome: _____
		Data nascita _____

Io sottoscritto/a\* ..... , oggi: data 23.5.2007 ora .....  
 durante il colloquio con il Dott. ....  
 sono stato informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto a:

.....
.....

Mi sono state fornite spiegazioni, anche con il supporto dell'informativa scritta qui allegata, su tutti i seguenti aspetti:

- \* diagnosi o sospetto diagnostico
- \* possibili varianti nell'esecuzione
- \* scopo e benefici della prestazione proposta
- \* rischi prevedibili legati alla non esecuzione
- \* possibilità di alternative
- \* possibili problemi di recupero
- \* rischi prevedibili legati all'esecuzione e possibili complicanze

Avendo compreso quanto spiegato, ed avendo altresì compreso che la prestazione cui sarò sottoposto NON rappresenta una sperimentazione<sup>(§)</sup>, decido liberamente e consapevolmente di:

1. **Acconsentire** ☒ (o **Non acconsentire** ☐) ad essere sottoposto alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'informativa specifica
2. **Autorizzo** ☒ (o **Non autorizzo** ☐) all'utilizzo – sia in forma cartacea che elettronica - a scopo didattico e/o scientifico (pubblicazioni scientifiche, statistiche e convegni scientifici, futuri protocolli di ricerca clinici retrospettivi), dei miei dati clinici e dell'eventuale documentazione iconografica che riguardi la mia persona, che, in ogni caso, dovranno essere gestiti e custoditi in formato anonimo e nel pieno rispetto di quanto le Leggi prevedono.

Dichiaro di aver ricevuto copia dell'informativa scritta specifica per la prestazione in oggetto. Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento. Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

**Firma paziente (o chi ne fa le veci)\*** .....  
 Nome e Cognome di *chi ne fa le veci*\* .....

**Firma leggibile di chi esegue la prestazione** .....

Consenso ottenuto con l'ausilio di: ☐ Sistema aziendale Traduzioni  
☐ Interprete *Firma interprete* .....

Il sottoscritto Dott. .... dichiara che il/la Sig./a ..... è in attuale pericolo di vita, non è nelle condizioni psicofisiche di poter esprimere il proprio consenso e non è al momento reperibile altra persona che <u>validamente</u> possa prestarlo al posto suo. Data.....ora..... Timbro e Firma del Medico .....
--