

AZIENDA OSPEDALIERA DI BOLOGNA
Politecnico S. Orsola-Malpighi

CONSENSO INFORMATO all'ANESTESIA

Il/a sottoscritto/a	[REDACTED]	nato/a	[REDACTED]
Il/r [REDACTED] residente/a	[REDACTED]	nato/a	[REDACTED]
I sottoscritto	[REDACTED]	nato/a	[REDACTED]
in qualità di rappresentante egli d	[REDACTED]	nato/a	[REDACTED]
Patroa	[REDACTED]	nato/a	[REDACTED]
322280 DR. C. GNUDE	[REDACTED]	del mio stato clinico che mi colloca nella classe	[REDACTED]
ASA 3	[REDACTED]	relativamente all'intervento chirurgico	[REDACTED]
del quale mi è garantita e servita la risposta a natura.	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
<input checked="" type="checkbox"/> ho dimostrato come la migliore e più sicuro giudizio che si può fare per l'operazione per meglio, sia di mantenere lo stato	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
di salute	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
<input checked="" type="checkbox"/> reso consapevole della possibilità di trattamenti anestesiologici alternativi e dei rischi relativi sia all'insuccesso	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
del trattamento terapeutico che a possibili danni per la salute (temporanei e permanenti) che per la vita,	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
<input checked="" type="checkbox"/> reso consapevole della possibilità di trattamenti anestesiologici alternativi e dei rischi relativi sia all'insuccesso	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
del trattamento terapeutico che a possibili danni per la salute (temporanei e permanenti) che per la vita,	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
<input checked="" type="checkbox"/> reso consapevole che a giudizio dell'anestesista il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto beneficio/rischio su la base delle conoscenze attuali.	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
.....			
<input checked="" type="checkbox"/> reso consapevole del fatto che i tre interventi anestesiologici una volta avviati non possono essere interrotti senza un-			
giungere a prima per la quale si è reso necessario.			
<input checked="" type="checkbox"/> informato della eventuale necessità di trasfusione con sangue o emologico e/o moderato, della possibilità di applicazione di tecniche di recupero e/o infusione di sangue da campo operatorio			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/> informato, inoltre, che solo in presenza di situazioni diverse da quelle accertate, sia per quanto riguarda la diagnosi e la terapia, il trattamento potrà essere modificato senza che io ne venga informato esclusivamente nel caso in cui sia talmente imposito le fare diversamente.			
dichiaro quanto segue			
volutamente, informazioni ricevute in chiarimenti che mi sono stati fatti, mi spiega quanto segue, inoltrandomi ripetutamente			
<input checked="" type="checkbox"/> accetto di sottopormi al trattamento sanitario propostogli			
<input checked="" type="checkbox"/> accettano il trattamento sanitario proposto per			
<input checked="" type="checkbox"/> rifiuta il trattamento sanitario propostogli			
<input checked="" type="checkbox"/> rifiutano il trattamento sanitario proposto per			
Il dichiarante			
[REDACTED]			
Rispondo il 12/06/2019			
Firma di eventuali testi non Firma dell'eventuale interprete			


Il Medico

* Classificazione ASA

- ASA 1 Nessuna alterazione organica, cioè chimica o patologica.
ASA 2 Moderate disturbo sistematico, ed è più esteso o correlato alla causa dell'intervento.
ASA 3 Grave malattia sistematica correlata o no all'intervento chirurgico.
ASA 4 Crava malattia che pregiudica la sopravvivenza indipendentemente dall'intervento chirurgico.
ASA 5 Paziente moribondo con scarsa possibilità di sopravvivenza e che viene confrontato all'intervento come ultima possibilità.
Emergenza Ogni intervento non dilazionabile e che certanto non consentire una completa valutazione dell'individuo. La correzione di ogni squilibrio.

La lettera E viene aggiunta alla corrispettiva classe ASA

Azienda Ospedaliera
di Bologna
Policlinico
S. Orsola - Malpighi

REPORT
Dichiarazione di
CONSENSO INFORMATO
Mod. A

Dichiarante

Iscritto/nato minore

residente in Via

Informato dal Prof.Dor. BELLUSCI RENATO

ROMA CIRCONDIVISIONE - FAMPIETTO

sulla natura della malattia da cui sono affetto Neurofibromatosi.

dei guadagni/e i benefici con intervento chirurgico.

sui trattamenti terapeutici, anche in alternativa:
(concepire la decisione che non corrisponde alla situazione)

sui trattamenti diagnostici, anche in alternativa:
(concepire la decisione che non corrisponde alla situazione)

sulla impossibilità di trattamento, in alternativa:
(individuare la decisione che non corrisponde alla situazione)

Ressi consapevole:
(scrivere le decisioni che non corrispondono alla situazione)

sul punto del sanitario che il trattamento proposto è quello che oltre i migliori rapporti beneficio/rischio sulla base delle conoscenze attuali:

che il trattamento, una volta avviato, non può essere interrotto a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale;

che il trattamento una volta avviato non può essere tolto senza pregiudicare l'attività assistenziale;

dei rischi relativi al trattamento sanitario proposto, agli eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita;

dei rischi relativi ai trattamenti in alternativa e agli eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Informato:

che è garantita la riservatezza dei dati personali sanitari utilizzabili anche per eventuali studi o pubblicazioni scientifiche...

che solo in presenza di situazioni diverse da quelle accertate, sia per quanto riguarda la diagnosi che per la terapia, il trattamento sanitario potrà essere modificato senza che me ne venga data informazione esclusivamente nei casi in cui sia tecnicamente impossibile fare diversamente.

061-41424

Rev.4

Pag. 1/1 data di approvazione: 15.10.2001



Azienda Ospedaliera
di Bologna
Policlinico
S. Orsola - Malpighi

REPORT
Dichiarazione di
CONSENSO INFORMATO

Mod. A

R01/PA24
Rev. 4

Pag. 2/2

Data di applicazione:
15/10/2001

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato.

Dichiaro quanto segue:

accetto di sottoscrivere il trattamento sanitario proposto

rifiuto il trattamento sanitario proposto

ricevo fogli esplicativi allegati

Il Dicente

NOME E COGNOME IN STAMPATELLO

(FIRMA)

Testimone

NOME E COGNOME IN STAMPATELLO

(FIRMA)

Documento di riconoscimento N° _____ del _____

Testimone

NOME E COGNOME IN STAMPATELLO

(FIRMA)

Documento di riconoscimento N° _____ del _____

Intervento

NOME E COGNOME IN STAMPATELLO

(FIRMA)

Bologna, il _____

AutORIZZO SANITARIO FORTELE: informazioni relative al mio stato di salute che sono ritenute legge 675/96 - tutela dei personali:

NOME E COGNOME IN STAMPATELLO = _____ data/o/a _____ il _____

(NOME E COGNOME IN STAMPATELLO) = _____ data/o/a _____ il _____

Firma assistito _____

Centrolio P. Iva ... - partecipante autorizzata P. carica :

AZIENDA OSPEDALIERA DI BOLOGNA
Policlinico S. Orsola-Malpighi

CONSENSO INFORMATO all'ANESTESIA

Il/o sottoscritto/a nato/a

il residente in

I sottoscritti nato/a il

..... nato/a il

in qualità di rappresentanti legali di nato a

Informato dal Ref./Dott. L.P. A.A. C.C.M. del mio stato clinico che mi colloca nella classe ASA* Z., relativamente all'intervento chirurgico del quale mi è garantita riservatezza di diagnosi e sua natura.

sulle procedure anestesiologiche e di monitoraggio che si rendono necessarie per migliorare o recuperare lo stato di salute (Anestesista Responsabile + ALR)

reso consapevole della impossibilità di trattamenti anestesiologici alternativi e dei rischi relativi sia all'insuccesso del trattamento terapeutico che ai possibili danni per la salute (temporanei e permanenti) che per la vita.

reso consapevole della possibilità di trattamenti anestesiologici alternativi e dei rischi relativi sia all'insuccesso del trattamento terapeutico che ai possibili danni per la salute (temporanei e permanenti) che per la vita.

reso consapevole che a giudizio dell'anestesista il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto benefici/rischio sulla base delle conoscenze attuali.

reso consapevole del fatto che il trattamento anestesiologico una volta avviato non può essere interrotto senza pre-gliudicare la pratica per la quale si è reso necessario.

Informato della eventuale necessità di trasfusione con sangue omologo e/o emoderivati, della possibilità dell'applicazione di tecniche di recupero e rinfusione di sangue del campo operativo.

Informato, infine, che solo in presenza di situazioni diverse da quella accertata, sia per quanto riguarda la diagnosi e la terapia, il trattamento potrà essere modificato senza che io ne venga informato, esclusivamente nei casi in cui sia tecnicamente impossibile fare diversamente.

dichiaro quanto segue:

valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, compreso quanto sopra sinteticamente riportato

accetto di sottopormi al trattamento sanitario propostogli

accettano il trattamento sanitario proposto per

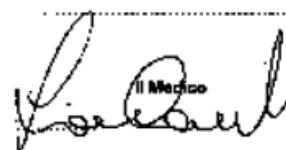
rifiuto il trattamento sanitario propostogli

rifiutano il trattamento sanitario proposto per

Il dichiarante

Bologna, il 25.4.07

Firma di eventuali testimoni Firma dell'eventuale interprete


Il Medico

* Classificazione ASA

ASA 1 Nessuna alterazione organica, biochimica o psichiatrica

ASA 2 Modesto disturbo sistematico che può essere correlato alla causa dell'intervento

ASA 3 Grave malattia sistematica correlata o no all'intervento chirurgico

ASA 4 Grave malattia che pregiudica la sopravvivenza indipendentemente dall'intervento chirurgico

ASA 5 Paziente moribondo con scarse possibilità di sopravvivenza e che viene sottoposto all'intervento come ultima possibilità

Emergenza Ogni intervento non difisionabile e che pertanto non consente una completa valutazione del paziente e la correzione di ogni squilibrio

La lettera E viene aggiunta alla corrispettiva classe ASA

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Agenzia Sanitaria - Istituto di Endocrinologia
Poldino e Disda-Malpighi

REPORT
Dichiarazione di
CONSENSO/DISSENSO INFORMATO
Mod. A

TIMBRO U.O.

Dichiarante

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____
a _____ residente in _____ Via _____

Informato dal Prof./Dott. _____

R. LOMBARDI /MIRARCHI/

NOME E COGNOME IN STAMPATELLO

RHAGF

- sulla natura della malattia da cui sono afflitta **METASTASI PANCREATICA DA ISOPLASIA**
- da diagnosticare/trattare con **PANCREASCTOMIA CORPO-DOPA o PANCREASCTOMIA TOTALE CON SPLENECTOMIA**
- sui trattamenti terapeutici, anche in alternativa:
(cancellare la dizione che non corrisponde alla situazione)

- sui trattamenti diagnostici, anche in alternativa:
(cancellare la dizione che non corrisponde alla situazione)

/APARATOTOMIA ESPLORATIVA

- sulla impossibilità di trattamenti in alternativa.
(cancellare la dizione che non corrisponde alla situazione)

Reso consapevole:
(cancellare le dizioni che non corrispondono alla situazione)

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il meglio rapporto beneficio/rischio sulla base delle conoscenze attuali;
- che il trattamento una volta avviato non può essere interrotto a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale;
- che il trattamento una volta avviato non può essere interrotto senza pregiudicare l'attività assistenziale;
- dei riski relativi al trattamento sanitario proposto, agli eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita;
- dei riski relativi ai trattamenti in alternativa e agli eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita;

Informato:

che è garantita la riservatezza dei dati personali sanitari utilizzabili anche per eventuali studi o pubblicazioni scientifiche;

che solo in presenza di situazioni diverse da quelle accertate, sia per quanto riguarda la diagnosi che per la terapia, il trattamento sanitario potrà essere modificato senza che me ne venga data informazione esclusivamente nei casi in cui sia tecnicamente impossibile fare diversamente.

R01-PA24

Rev. 6

Pag. 1/2 data di applicazione: 20.11.2005

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
FONDAZIONE ROMANA
Azienda Ospedaliera - Universitaria ed Eccellenza
Poloclínico S. Donato Malpighi

REPORT
Dichiarazione di
CONSENTO/DISSENSO INFORMATO
Mod. A

R01/PA24

Rev. 6

Pag. 2/2

Data di applicazione: 20.11.2015

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato

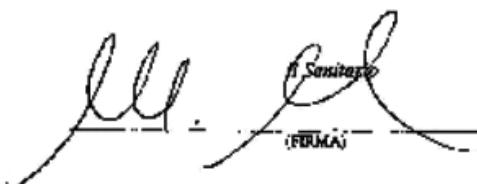
Dichiaro quanto segue:

- accetto di sottopormi al trattamento sanitario proposto**
 rifiuto il trattamento sanitario proposto
 ricevo fogli esplicativi allegati

 **Il Dicrittore**

(NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

 (FIRMA)

 **Il Sanitario**
 (FIRMA)

Testimone

(NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

(FIRMA)

Documento di riconoscimento N° _____ del _____

Testimone

(NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

(FIRMA)

Documento di riconoscimento N° _____ del _____

Intervista

(NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

(FIRMA)

Bologna, il 25/07/07

Autorizzo i sanitari a fornire informazioni relative al mio stato di salute al/ai soffoscirito/i (Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196):

(NOME E COGNOME IN STAMPATELLO) (FIRMA) nato/a a _____ il _____
Documento di riconoscimento N° _____ del _____

(NOME E COGNOME IN STAMPATELLO) (FIRMA) nato/a a _____ il _____
Documento di riconoscimento N° _____ del _____

Firma assistito



AZIENDA OSPEDALIERA DI BOLOGNA
Polichirurgia S. Orsola-Malpighi

TIPO
NON IDONEO

CONSENSO INFORMATO all'ANESTESIA

I/Ma sottoscritto/a residenza nata/a
I sottoscritto residenza nata/a nata/a il
in qualità di rappresentante legale di nato/a
Informo dal Prof.Dott. S. Cavicchi del mio stato clinico che mi colloca nella classe ASA 3, relativamente all'intervento chirurgico featto, del quale mi è garantita riconosciuta di diagnosi e sua natura.
 sulle procedure anestesiologiche e di monitoraggio che si rendono necessarie per migliorare o recuperare lo stato di salute ta reco.
 reso consapevole della impossibilità di trattamenti anestesiologici alternativi e dei rischi relativi sia all'inaccesso del trattamento terapeutico che ai possibili danni per la salute (temporanei e permanenti) che per la vita.
 reso consapevole della possibilità di trattamenti anestesiologici alternativi e dei rischi relativi sia all'inaccesso del trattamento terapeutico che ai possibili danni per la salute (temporanei e permanenti) che per la vita.
 reso consapevole che a giudizio dell'anestesiologo il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto benefici/rischio sulla base delle conoscenze attuali.

 reso consapevole nel fatto che il trattamento anestesiologico una volta avviato non può essere interrotto senza pre-gliucificare la cratica per la quale si è reso necessario.

 informato della eventuale necessità di trasfusione con sangue omologo e/o smodernizzato, della possibilità dell'applicazione di tecniche di recupero e reiniezione di sangue del campo operatorio.

 informato, infine, che solo in presenza di situazioni diverse da quella accertata, sia per quanto riguarda la diagnosi e la terapia, il trattamento potrà essere modificato senza che lo ne venga informato, esclusivamente nei casi in cui sia tecnicamente impossibile fare diversamente.
dichiaro quanto segue:
valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, comprende quanto sopra sinteticamente riportato:
 accetto di sottopormi al trattamento sanitario propostogli
 accettano il trattamento sanitario proposto per
 rifiuto il trattamento sanitario propostogli
 rifiutano il trattamento sanitario proposto per
0 dichiaro
Rologna d' 9. 7. 12
Firma di eventuali testimoni Firma dell'avventura e interprete
Dr. CAVICCHI Medico MARINA
Ospedale Universitario "S. ORSOLA-MALPIIGHI"
Anestesiologo e ricercatore di Bologna
U.O.

* **Classificazione ASA**

ASA 1 Nessuna alterazione organica, biochimica o psichiatrica

ASA 2 Minima disfunzione sistematica che può essere causata alla causa dell'intervento

ASA 3 Grave malattia sistematica correlata o no all'intervento chirurgico

ASA 4 Grava malattia che pregiudica la sopravvivenza indipendentemente dall'intervento chirurgico

ASA 5 Pronto morbo/caso con scarsa possibilità di sopravvivenza e che viene sottoposto all'intervento come ultima possibilità

Emergenza Ogni intervento non diagezionale e che pertanto non consente una completa valutazione del paziente e la correzione di ogni squilibrio

La lettera E viene aggiunta alla corrispettiva classe ASA

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Ancona-Grazzano - Università di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi	MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO	
---	--	--

DATI RELATIVI AL PAZIENTE e AL TRATTAMENTO PROPOSTO

COGNOME [REDACTED]

DATA DI NASCITA [REDACTED] LUOGO DI NASCITA [REDACTED]

Diagnosi e indirizzo diagnostico

METASTASI E PATOLOGIE DA K REINE

Trattamento terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto

SPATE OTOMIA PARALIA E RETA intraopera. ITU E

Sede (organo, parte o livello del corpo)

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

Si procede ad effettuare l'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo invocando lo stato di necessità, in quanto il/la paziente è impossibilitata ad esprimere il consenso, ovvero in assenza di chi possa legalmente esprimere (in tale ipotesi si intende compresa a questo punto la compilazione).

INFORMAZIONI RICHIESTE

Sono state fornite tutte le informazioni relative a:

- 1) - Diagnosi ed orientamento diagnostico
- 2) - Prognosi e aspettativa migliorativa del trattamento
- 3) - Modalità di cacciozione 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 di garanzia temporanea al trattamento proposto (compresa le loro aspettative miglioriative e uscite e complicanze)
- 7) - Conseguenze prevedibili alla mancata esecuzione dell'atto diagnostico e/o terapeutico e/o riabilitativo proposto

Inoltre (segnare l'opzione attuale):

È stato fornito alla paziente, ovvero a chi esercita la potestà geritoriale, ovvero al rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatore) materiale informativo sulla procedura proposta appositamente dall'Unità Operativa.

In assenza di materiale informativo appositamente predisposto, si annota in cartella clinica (o in altra documentazione sanitaria) in sintesi delle informazioni trasmesse verbalmente durante il colloquio, facendo firmare per presa visione il/la paziente, ovvero chi esercita la potestà geritoriale, ovvero il rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatore).

Si informa il/la destinatari/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).

INVENTARIAZIONE

Data 28/6/12

Firma e numero del Medico [REDACTED]

Firma del paziente [REDACTED]

RMI-PA24

Rev. 7

Pag. 1/6 - data di applicazione: 12.12.2011

X

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Universitaria di Bologna Polidirico S. Orsola-Abbigliamento	MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO	AII-PAZ Rev. 7 Pg. 2/2 data applicazione: 12/12/2011
--	--	---

Verificato che il/la destinatario dell'informazione ha compreso il significato delle informazioni ed è consapevole dei rischi e dei benefici dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto, si procede ad acquisire il consenso.

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

**HO BEN COMPRESO QUANTO MI E' STATO SPERGATO DAL DOTT. _____
QUINDI ACCONSENTO
ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DELL'ATTO TERAPUTICO E/O DIAGNOSTICO E/O
RIABILITATIVO PROPOSTO**

Che verrà effettuato da: curandosi dell'equipe

Data 25/6/12

Firma del paziente (se maggiorenne e capace di intendere e volere) _____

Firma del genitore o di chi esercita la tutela, verificata loro identità (in caso di paziente minorenne) _____

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

Eventuale firma della paziente (in caso di curatela o amministrazione) _____

NEGAZIONE DEL CONSENSO

**HO BEN COMPRESO QUANTO MI E' STATO SPIECATO DAL DOTT. _____
MA NON ACCONSENTO
ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DELL'ATTO TERAPUTICO E/O DIAGNOSTICO 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.

Data/...../.....

Firma del paziente (se maggiorenne e capace di intendere e volere) _____

Firma del genitore o di chi esercita la tutela, verificata loro identità (in caso di paziente minorenne) _____

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

Eventuale firma della paziente (in caso di curatela o amministrazione) _____

Data 25/6/12

Firma e timbro del Medico _____

NOTA: l'eventuale revoca del consenso deve essere inseritivamente annotata in cartella clinica (o in altra documentazione sanitaria) e debitamente firmata dalla paziente.

IDONEO

AZIENDA OSPEDALIERA DI BOLOGNA
Policlinico S. Orsola-Malpighi

Tipo

CONSENSO INFORMATO all'ANESTESIA

Ma sottoscrivo il residente in nato/a a
1 sottoscritti nato/a in qualità di rappresentanti legali di nato/a
<p>Informato dal Prof./Dott. <u>S. Cavicchi</u> nel mio stato clinico che mi colloca nella classe ASA , relativamente all'intervento chirurgico de quale mi è garantita riservatezza e diagnosi e sua natura.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> sullo prococere anestesiologiche e di monitoraggio che si rendono necessarie per migliorare o recuperare lo stato di salute</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> esso consapevole della imprevedibilità di trattamenti anestesiologici alternativi e dei rischi relativi sia all'insuccesso del trattamento terapeutico che ai possibili danni per la salute (temporanei e permanenti) che per la vita,</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> esso consapevole della possibilità di trattamenti anestesiologici alternativi e dei rischi relativi sia all'insuccesso del trattamento terapeutico che ai possibili danni per la salute (temporanei e permanenti) che per la vita,</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> esso consapevole che a giudizio dell'anestesiologo il trattamento proposto è quello che offre i migliori vantaggi benefici sulla base delle conoscenze attuali.</p> <p>.....</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> esso consapevole del fatto che il trattamento anestesiologico una volta avviato non può essere interrotto senza pregiudicare la pratica per la quale si è reso necessario</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> informato della eventuale necessità di trasfusione con sangue ombolo e/o emodiorosi, della possibilità dell'applicazione di tecniche di recupero e reintusione di sangue del corpo operatorio</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> informato, infine, che se a presenza di situazioni diverse da quelle accertate, sia per quanto riguarda la diagnosi e la terapia, il trattamento potrà essere modificato senza che io ne venga informato, esclusivamente nei casi in cui non tecnicamente impossibile fare diversamente.</p>	
dichiara quanto segue	
valutare le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati fatti, compreso quanto sopra anteriormente riportato	
<input checked="" type="checkbox"/> accetta di sottoporsi al trattamento sanitario proposto	
<input type="checkbox"/> accettano il trattamento sanitario proposto per	
<input type="checkbox"/> rifiuta il trattamento sanitario proposto	
<input type="checkbox"/> rifiutano il trattamento sanitario proposto per	
..... D: CAVICCHI SABRINA	
..... C.F. CVC SRN 645218444	
..... A: Ospedale Universitario di Bologna	
..... U.O.	
Bologna, 7.6.18.3.13.....	
Firma ci eventuali testimoni	Firma dell'eventuale interprete

* Classificazione ASA

ASA 1 Nessuna alterazione organica, nutrizionale o psichiatrica

ASA 2 Modesto disturbo sistematico che può essere correlato alla causa dell'intervento

ASA 3 Grave malattia sistematica correlata o no all'intervento chirurgico

ASA 4 Grave malattia che pregiudica la sopravvivenza indipendentemente dall'intervento chirurgico

ASA 5 Paziente moribondo con scarse possibilità di sopravvivenza e che viene sottoposto all'intervento come ultima possibilità

Emergenza Ogni intervento non计划able e che per questo non consente una completa valutazione del paziente e la correzione di ogni squilibrio

La lettera E viene aggiunta alla corrispettiva classe ASA

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Universitaria di Cesena Poliklinico S. Giacomo-Negrini	MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO	
---	--	--

DATI RELATIVI AL PAZIENTE e AL TRATTAMENTO PROPOSTO BALDASSARI ANDREA
Nascita 22/11/1951 - Genere M

Cognome [redacted]
Data di nascita [redacted] Luogo di nascita [redacted]

Diagnosi o indirizzo diagnostico

~~Ampliamento dello testo nel paragrafo da K sede~~ [redacted] 0902268 098

Trattamento terapeutico o/ diagnostico o/ riabilitativo proposto

~~claudicante e fa riposo a deambulazione, la panartria~~

Sede (organo, parte o livello del corpo) ~~es: polmone, trachea~~

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

Si procede ad effettuare l'atto terapeutico o/ diagnostico o/ riabilitativo invecando lo stato di necessità, se quanto il/la paziente è impossibilitata ad esprimere il consenso, ovvero in assenza di chi possa legittimamente esprimere (in tale ipotesi si intende compresa questo punto la compilazione).

INFORMAZIONI FORNITE

Sono state fornite tutte le informazioni relative ai:

- 1) - Diagnosi ed orientamento diagnostico
- 2) - Prognosi e aspettative migliorative del trattamento
- 3) - Viabilità di esecuzione dell'atto terapeutico o/ diagnostico o/ riabilitativo
- 4) - Tipi di anestesia (se prevista)
- 5) - Eventuali rischi ed complicanze (anche in riferimento all'eventuale concomitanza di altre patologie)
- 6) - Eventuali alternative diagnostiche terapeutiche al trattamento proposto (comprese le loro aspettative migliorative e rischi e complicanze)
- 7) - Conseguenze prevedibili alla mancata esecuzione dell'atto diagnostico o/ terapeutico o/ riabilitativo proposto

Incluso (scrivere l'opzione attuata)

È stato fornito allo paziente, ovvero chi esercita la pretesta genitoriale, ovvero al rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatolo) materiale informativo sulla procedura proposta appositamente dall'Unità Operativa.

In assenza di materiale informativo appositiamente predisposto, si annota in quale la clinica ha in altra documentazione sanitaria la sintesi delle informazioni trasmesse verbalmente durante il colloquio, facendo firmare per presa visione il/a paziente, ovvero chi esercita la pretesta genitoriale, ovvero il rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatolo).

Si indica con chiarezza 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 commenti informativi, è opportuno annotare il loro accadimento).

EVENTUALI ANNULLAZIONI:

Data 19/3/13

Firma e timbro del Medico

Medico in Formazione Specialistica
C. D'URSO - SOGNI & CO.
CON METTALLO GIOSTRI MM

Firma del paziente

ROI-PAZI
Avv. S.
Prg. M2 - 01/04/2010, polizza n. 12113211

SPRIVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Universitaria di Ravenna <small>Polidromo S. Orsola-Margherita</small>	MODULO DI ACQUISIZIONE DRI. CONSENSO INFORMATO	 683022288 GSR
---	---	--

Verificato che il/a destinatario dell'informazione ha compreso il significato delle indicazioni ed è consapevole dei rischi e dei benefici dell'atto terapeutico ed/ o diagnostico ed/ o riabilitativo proposto, si procede ad acquisirne il consenso.

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

HO BEN COMPRENSO QUANTO MI E' STATO SPIEGATO DAL DOTT.

QUINDI ACCONSENTO

ALL'ESEGUZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DELL'ATTO TERAPEUTICO ED/ O DIAGNOSTICO ED/ O RIABILITATIVO PROPOSTO

Che verrà effettuato da: componenti dell'équipe

Data 19/3/13

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

Firma del genitore o di chi esercita la tutela, verificata 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, curatoria o amministrativa di sostegno)

Eventuale firma della paziente (in caso di curatela o amministrazione)

NEGAZIONE DEL CONSENSO

HO BEN COMPRENSO QUANTO MI E' STATO SPIEGATO DAL DOTT.

MA NON ACCONSENTO

A L'ESEGUZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DELL'ATTO TERAPEUTICO ED/ O DIAGNOSTICO ED/ O RIABILITATIVO CHE MI E' STATO PROPOSTO

Sono, in particolare, stata adeguatamente informata su quali conseguenze possono derivare dal mio rifiuto all'esecuzione dell'atto medico proposto

Data/...../.....

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

Firma del genitore o di chi esercita la tutela, verificata 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, curatoria o amministrativa di sostegno)

Eventuale firma della paziente (in caso di curatela o amministrazione)

[Signature]
M.D. Dr.ssa Formisano Riccardo
CHIRURGIA GENERALE
Ospedale Margherita di Savoia

Data 19/3/13

Firma e Giubro del Medico

NOTA: L'eventuale revoca del consenso deve essere trasversivamente annotata in cartella clinica e in altre documentazioni sanitarie e debitamente firmata dalla paziente.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Pol clinico S. Orsola-Malpighi	MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO	
--	--	--

DATI RELATIVI ALL'AZIENDA DI TRATTAMENTO PROPOSTO

COGNOME [REDACTED]

DATA DI NASCITA [REDACTED] LUOGO DI NASCITA [REDACTED]

Diagnosi e indirizzo diagnostico

ANAMMOSI (il segnale o episodio)

Trattamento terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto

TERAPIA FISIOTERAPICA

Nelle (organo, parte o livello del corpo) TEF-6AO

Integrità dell'intervento (per interventi su organi o parti puri) /

Si procede ad effettuare l'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo invecchiando lo stato di salute del paziente. La paziente è impossibilitata ad esprimere il consenso, ovvero in assenza di chi possa legalmente esprimere (in tale caso si intende a questo punto la compilazione).

La paziente dichiara di ESSERE in stato di gravidanza

La paziente dichiara di NON essere in stato di gravidanza (nonna in età fertile)

INFORMAZIONI FORNITE

Sono state fornite tutte le informazioni relative a:

(1) Diagnosi ed orientamento diagnostico

(2) Progresse, rispettive migliorative del trattamento

(3) Modalità di esecuzione dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo

(4) Il costo (prevista)

(5) Eventuali rischi e/o complicanze (anche in riferimento all'eventuale concomitanza di altre patologie)

(6) Eventuali alternative diagnostiche-terapetiche al trattamento proposto (compresa le loro aspettative iniziali e i 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 (donna in stato di gravidanza)

Inoltre (seguire l'opzione attivata):

È stato fornito alla paziente, ovvero a chi esercita la padesia genitoriale, ovvero al rappresentante legale (minorenni, titolare di mandato, tutor, curatore) materiale informativo sulla procedura proposta appositamente dall'Unità Operativa.

In essenza di materiale informativo appositamente predisposto, si annoda in cartella clinica (o in altra documentazione sanitaria) la sintesi delle informazioni trasmesse verbalmente durante il colloquio, facendo firmare per la paziente (la padesia, ovvero chi esercita la padesia genitoriale, ovvero il rappresentante legale (amministratore di un soggetto minorenne)).

Si informa il/a destinatario/a dell'informazione che in caso di bisogno di ulteriori informazioni, può rivolgersi all'Unità Operativa contrattando il seguente numero di telefono (in caso di ulteriori interrogati informativi e/o opportuno approfondire il corso accadimento).

EVENTUALI ANNULMENTI:

30 giorni dalla data

15 giorni dalla data

10 giorni dalla data

BOL-202 Rev. 6 Tutto di applicabilità: 25.11.2011

Firma e timbro del Medico

Medico in Formazione Specialistica

Firma del paziente CHIRURGO GENERALE

Dott. URGEL ALESSANDRO

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
ASST - Azienda Sanitaria Ospedaliera - Universitaria di Bologna
Policlinico S. Orsola-Malpighi

**MODULO DI ACQUISIZIONE
DEL CONSENSO INFORMATO**

201-PA2011-01-01
Rev. B
Pag. 2/2
Data d'acquisto: 23.11.2013

Verificato che il/la destinatario dell'informazione ha compreso il significato delle informazioni ed è consapevole dei rischi e dei benefici dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto, si procede ad acquisire il consenso.

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

**HO BENSÌ COMPRENSO QUANTO MI È STATO SPIEGATO DAL DOTT. MIRARCHI MARIO, OSO
QUINDI ACCONSENTO
L'INTERVENTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DELL'ATTO TERAPEUTICO E/O DIAGNOSTICO E/O
RIABILITATIVO PROPOSTO**

Questa dichiarazione è stata verificata e firmata da tutti i componenti dell'equipe

Dott. M.R. SERLA

Firma del paziente (se maggiorenne e capace di intendere e volere) [REDACTED]

Firma del genitore o di chi esercita la tutela, verificata loro identità (in caso di paziente minorenne) [REDACTED]

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) [REDACTED]

Eventuale firma della paziente (in caso di curatela o amministrazione) [REDACTED]

NEGAZIONE DEL CONSENSO

**HO BENSÌ COMPRENSO QUANTO MI È STATO SPIEGATO DAL DOTT.
MA NON ACCONSENTO
L'INTERVENTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DELL'ATTO TERAPEUTICO E/O DIAGNOSTICO E/O
RIABILITATIVO CHE MI È STATO PROPOSTO**

Sono, in particolare, stata adeguatamente informativa su quali conseguenze possono derivare dal mio rifiuto
all'esecuzione dell'atto medico proposto.

Data 19/3/10
Firma [REDACTED]

Firma del paziente (se maggiorenne e capace di intendere e volere) [REDACTED]

Firma del genitore o di chi esercita la tutela, verificata loro identità (in caso di paziente minorenne) [REDACTED]

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) [REDACTED]

Eventuale firma della paziente (in caso di curatela o amministrazione) [REDACTED]

Medico in Formazione Specialistica

CHIRURGO GENERALE

Dott. U.S.S.A. ALBERTANI

Data 19/3/10

Firma e timbro del Medico

NOTA: L'eventuale revoca del consenso deve essere fassalivamente annotata in cartella clinica (o in altre documentazioni sanitarie) e debitamente firmata dalla paziente.

D. MIRARCHI [REDACTED]
C.F. MRR M1H [REDACTED] 05210
Az. Ospedale Universitario di Bologna
U.O. [REDACTED]

ISTITUTO SAN CARLO REGIONALE IN UNA SCUOLA Attività didattica - didattico-ricerca Policlinico S. Crocetta-Malpighi	Dichiarazione di CONSENSO INFORMATO PER ESAMI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E PROCEDURE INTERVENTIVE	R07/PA24 Rev. 0 Pag. 1/1 Data di applicazione: 20.11.2005
Dichiarendo _____ T/Ma sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ residenza in: _____ Via _____  1600020049 GSR		

Dichiarendo (da compilare solo in caso di necessità di "rappresentanti legali")

I dichiarendo _____ nato/a _____ il _____
 residenza in: _____ Via _____
 residenza in: _____ nato/a _____ il _____
 residenza in: _____ Via _____
 che si dichiara/dichiariamo rappresentante legale di: _____ nato/a _____ il _____

Informato in modo chiaro e completo dal Prof.Dott. FRANCESCO DE LUCA, Medico richiedente e dal Prof.Dott. SEPE, Medico Radiologo sul tipo di indagine diagnostica o trattativa interventiva da eseguire e precisamente _____ per la quale è garantita la riservatezza dei dati personali utilizzabili per eventuali studi o pubblicazioni scientifiche;

- sulla modalità di esecuzione dell'indagine e sulla tipologia degli strumenti utilizzati;
 sulla modalità di somministrazione dei farmaci e/o preparazioni farmacologiche eventualmente impiegate dai farmacologi;
 impossibilità possibilità di effettuare indagini alternative di pari efficacia;
 sui rischi e le possibili complicanze
 nei rischi che l'esposizione a radiazioni può rappresentare per l'embrione e il feto (donne in stato di gravidanza);
 che l'indagine proposta è quella che offre il miglior rapporto beneficio/rischio sulla base delle conoscenze attuali;
 la possibilità impossibilità che l'indagine, una volta avviata possa essere interrotta;
 che l'indagine possa essere modificata nell'eventualità di eventi avversi;
 presa visione dell'eventuale allegato foglio informativo relativo all'indagine/ procedure in oggetto

Dichiaro/dichiariamo quanto segue

Ve' l'atto le informazioni ricevuto ed i chiarimenti che sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto / accettano l'indagine proposta

rifiuta / rifiutano l'indagine proposta

di non essere in stato di gravidanza (donne in età fertile)

di essere in stato di gravidanza

Dichiarendo _____

Medico Richiedente

Medico in Farmazia Specialistica
CHIRURGO GENERALE

Dott. ESSA ALESSANDRO

(Inviare, se possibile, copia della patente di farmacista)

Medico Radiologo

(Inviare, se possibile, copia della patente di farmacista)

Firma di eventuali testimoni

MIRACI VARIATRECA
N.F.MTR MTR - SOPO C35XR
Spediteci la tua firma o stampala.

Firma di eventuale interprete

M.O.

Bologna, li _____