 <p>Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi</p>	<p>REPORT Dichiarazione di CONSENSO INFORMATO Mod. A</p>	
--	--	--

Dichiarante

Io sottoscritto (titolo) _____, nato/a _____
il _____, residente in _____, Via _____

Informato dal Prof./Dott. _____ BELLUSCI ROBERTO
FORMATO CONFORME IN CAMPATTO 10

☒ sulla natura della malattia da cui sono affetto/a Neurastenia su polmonari

☒ da di, giurandomi di fare con interesse clinico

☐ sui tentativi 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)

☒ sulla impossibilità di trattamento in alternativa:
(cancellare la dizione che non corrisponde alla situazione)

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

☐ sul piano del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto beneficio/rischio sulla base delle conoscenze attuali;

☐ che il trattamento, una volta avviato, 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 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;

Informazioni:

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.



Azienda Ospedaliera
di Bologna
Policlinico
S. Orsola - Malpighi

REPORT
Dichiarazione di
CONSENSO INFORMATO
Mod. A

RD1/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 sottopormi al trattamento sanitario proposto

☐ rifiuto il trattamento sanitario proposto

☐ ricevo fogli esplicativi allegati

Il Dichiarante

(NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

(FIRMA)

[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 li

Autore/Assistito, a fornire informazioni relative al mio stato di salute (dati socio-economici foglio 675/96 - tutela dei personali)

(NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

(FIRMA)

data a

il

(NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

(FIRMA)

data a

il

Firma assistito

Controllo Fiscale... ~~eventuale~~ ~~eventuale~~ Fiscale:

AZIENDA OSPEDALIERA DI BOLOGNA
Policlinico S. Orsola-Malpighi

CONSENSO INFORMATO all'ANESTESIA

Il/la sottoscritto/a nato/a a
il residente in

I sottoscritti nato/a
..... nato/a
in qualità di rappresentanti legali di
nato a il

Informato del Prof. Dott. Loi, S. A. V. C. C. A. I. del mio stato clinico che mi colloca nella classe
ASA relativamente all'intervento chirurgico infarto del miocardio
del quale mi è garantita riservatezza di diagnosi o sua natura
☒ sulle procedure anestesiologiche e di monitoraggio che si rendono necessarie per migliorare o recuperare lo stato
di salute Stato di salute (F. A. R.)
☒ 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'anestesta il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto benefi-
cio/rischio sulle basi delle conoscenze attuali.

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

☒ Informato della eventuale necessità di trasfusione con sangue omologo e/o emoderivati, della possibilità dell'appli-
cazione di tecniche di recupero e reiniezione di sangue del campo operatorio

☐

☐

☒ Informato. Infine, che solo in presenza di situazioni diverse da quelle accertate, s'è 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 sottoporsi al trattamento sanitario proposto
☐ accetto il trattamento sanitario proposto per
☐ rifiuto il trattamento sanitario proposto
☐ rifiuto il trattamento sanitario proposto per

Il dichiarante
Bologna, il 25.4.07
Firma di eventuali testimoni Firma dell'eventuale interprete

* **Classificazione ASA**

- ASA 1 Nessuna alterazione organica, biochimica o psichiatrica
 ASA 2 Modesto disturbo sistemico che può essere correlato alla causa dell'intervento
 ASA 3 Grave malattia sistemica 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 a che viene sottoposto all'intervento come ultima possibilità

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

La lettera E viene aggiunta alla corrispondente classe ASA

<p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE C.M.I.A. - BOLOGNA Azienda Ospedaliera - Istituto di Oncologia Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>	<p>REPORT Dichiarazione di CONSENSO/DISSENSO INFORMATO Mod. A</p>	<p>TIMBRO U.O.</p>
---	---	--------------------

Dichiarante

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

Informato dal Prof./Dott. R. LOIBARDI / MIRARCHI
NOME E COGNOME IN STAMPA: _____

☒ sulla natura della malattia da cui sono affetto/a METASTASI PANCREATICA DA NEOPLASIA ^{RENAL}
☒ da diagnosticare/trattare con PANCREASECTOMIA CORPO-CAUDA o PANCREASECTOMIA 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)
LAPAROTOMIA 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 miglior rapporto beneficio/rischio sulla base delle conoscenze attuali;

☐ che il trattamento, una volta avviato 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 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 diversamento.

R01-PA24

Rev. 4

Pag. 1/2

data di applicazione: 20.11.2005

Mica. Al Consenso Informato / Azioni L. n. 99/2004/15

PAGINA 28 DI 106

<p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE FAMILIA ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Università di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi</p>	<p align="center">REPORT Dichiarazione di CONSENSO/DISSENSO INFORMATO Mod. A</p>	<p align="center">R01/PA24 Rcv. 6 Pag. 2/2 Data di applicazione: 20.11.2005</p>
---	---	---

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

R Dichiarante

(NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

(FIRMA)

[Firma] *[Firma]*
 (FIRMA) (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 _____

Interprete

(NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

(FIRMA)

Bologna, li 25/02/07

Autorizzo i sanitari a fornire informazioni relative al mio stato di salute al/ai sottoscritto/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

BALDASSANI ANDREA
NOME COGNOME
50030778 CSR

AZIENDA OSPEDALIERA DI BOLOGNA
Policlinico S. Orsola-Malpighi

NON IDONEO

CONSENSO INFORMATO all'ANESTESIA

cons.
dichiar.

Io sottoscritto/a nato/a a
residente in
I sottoscritti I nato/a II
nato/a
in qualità di rappresentanti egali di
nato/a II
Informato dal Prof./Dot. S. Cavicchi del mio stato clinico che mi colloca nella classe
ASA* 2 relativamente all'intervento chirurgico fedele
del quale mi è garantita l'accuratezza di diagnosi e sua natura.
Sulle procedure anestesiologiche e di monitoraggio che si rendono necessari per migliorare o recuperare lo stato
di salute
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 (temporanea e permanente) 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 (temporanea e permanente) che per la vita.
reso consapevole che a giudizio dell'anestesista il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto benefi-
cio/rischio sulla base delle conoscenze attuali.
☒ reso consapevole del fatto che il trattamento anestesiologico una volta avviato non può essere interrotto senza pre-
giudicare la pratica per la quale si è reso necessario.
☒ Informato della eventuale necessità di trasfusione con sangue omologo e/o emoderivati, della possibilità dell'appli-
cazione di tecniche di recupero e reinfusione di sangue da campo operatorio
☐
☐
☒ Informato, infine, che solo in presenza di situazioni diverse da quelle accertate, sia per quanto riguarda le 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
valutare le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, compreso quanto sopra sinteticamente riportato
☒ accetto di sottoporsi al trattamento sanitario proposto
☐ accetto il trattamento sanitario proposto per
☐ rifiuto il trattamento sanitario proposto
☐ rifiuto il trattamento sanitario proposto per
Il dichiarante
.....
Bologna il 9.7.12
Firma di eventuali testimoni Firma dell'eventuale interprete
Dr. CAVICCHI SPARINA
Chirurgo Sanitario
As. Ospedale Policlinico di Bologna
U.O.

* Classificazione ASA

- ASA 1 Nessuna alterazione organica, biochimica o psichiatrica
ASA 2 Modesto disturbo sistemico che può essere correlato alla causa dell'intervento
ASA 3 Grave malattia sistemica 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 dilazionabile e che pertanto non consente una completa valutazione del paziente e la
correzione di ogni squilibrio

La lettera E viene aggiunta alle corrispondenti classe ASA

Mod. 01/01/07 - Cod. 01/01/07 - Versione 1.01/01/07

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Università di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>	<p>MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO</p>	
--	---	---

DATI RELATIVI AL PAZIENTE e AL TRATTAMENTO PROPOSTO

COGNOME _____
 DATA DI NASCITA _____ e LUOGO DI NASCITA _____
 Diagnosi e indirizzo diagnostico
METASTASI E PATOLOGIE DA K RENE
 Trattamento terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto
EPATECTOMIA PARZIALE e RFA intraoperatoria
 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 impossibilitato/a ad esprimere il consenso, ovvero in assenza di chi possa legalmente esprimerlo (in tale ipotesi si interviene a questo punto la compilazione)

INFORMAZIONI FORNITE

Sono state fornite tutte le informazioni relative a:

- | |
|--|
| 1) - Diagnosi ed 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 di gestione terapeutiche al trattamento proposto (comprese le loro aspettative migliorative e rischi e complicanze) |
| 7) - Conseguenze prevedibili alla mancata esecuzione dell'atto diagnostico e/o terapeutico e/o riabilitativo proposto |

Inoltre (segnare l'opzione attinente):

- ☐ E' stato 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 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 genitoriale, ovvero il rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatore).

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 unificare il loro accadimento).

EVENTUALI ANNOTAZIONI: _____

Data 28/6/12

Firma e timbro del Medico _____

Firma del paziente _____

R01-PA24

Rev. 7

Pag. 1/5 data di approvazione 12.12.2011

X

<p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Università di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>	<p>MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO</p>	<p>ASL - P24 Rev. 7 Pag. 2/2 Data di approvazione: 12.11.2011</p>
---	---	---

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 acquisirne il consenso.

<p align="center">ESPRESSIONE DEL CONSENSO</p>
<p>HO BEN COMPRESO QUANTO MI E' STATO SPIEGATO DAL DOTT. _____ QUINDI ACCONSENTO ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DELL'ATTO TERAPEUTICO E/O DIAGNOSTICO E/O RIABILITATIVO PROPOSTO</p>
<p>Che verrà effettuato da: <input type="checkbox"/> componenti dell'equipe</p>
<p>Data <u>28/6/12</u></p>
<p>Firma del paziente (se maggiorenne e capace di intendere e volere) _____</p>
<p>Firma del genitore o di chi esercita la tutela, verificata loro identità (in caso di paziente minorenne) _____</p>
<p>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) _____</p>
<p>Eventuale firma del/la paziente (in caso di curatela o amministrazione) _____</p>
<p align="center">NEGAZIONE DEL CONSENSO</p>
<p>HO BEN COMPRESO QUANTO MI E' STATO SPIEGATO DAL DOTT. _____ MA NON ACCONSENTO ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DELL'ATTO TERAPEUTICO E/O DIAGNOSTICO 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>
<p>Data _____</p>
<p>Firma del paziente (se maggiorenne e capace di intendere e volere) _____</p>
<p>Firma del genitore o di chi esercita la tutela, verificata loro identità (in caso di paziente minorenne) _____</p>
<p>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) _____</p>
<p>Eventuale firma del/la paziente (in caso di curatela o amministrazione) _____</p>

Data 28/6/12

Firma e timbro del Medico _____

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

IDONEO

AZIENDA OSPEDALIERA DI BOLOGNA
Policlinico S. Orsola-Malpighi

TAD

CONSENSO INFORMATO all'ANESTESIA

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente in _____
1 sottoscritto _____ nato/a _____
in qualità di rappresentante legale di _____ nato/a _____
NEO A _____

Informato dal Prof./Dott. S. PAVANELLA col mio stato clinico che mi colloca nella classe ASA* 3, relativamente all'intervento chirurgico giudicato di cui mi è garantita riservatezza o diagnosi o sua natura.

☒ So le procedure anestesologiche e di monitoraggio che si rendono necessarie per migliorare e recuperare lo stato di salute IDA IDONEO.

☒ So consapevole della impossibilità di trattamenti anestesologici 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.

☒ So consapevole della possibilità di trattamenti anestesologici 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.

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

☒ So consapevole del fatto che il trattamento anestesologico una volta avviato non può essere interrotto senza pregiudicare la pratica per la quale si è reso necessario.

☒ Sono informato della eventuale necessità di trasfusione con sangue omologo e/o emoderivati, della possibilità dell'applicazione di tecniche di recupero e reinfusione di sangue del campo operatorio.

☒ So informato, infine, che se o 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 nei casi in cui ciò non sia clinicamente impossibile fare diversamente.

Io dichiaro quanto segue:
valutare le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, compreso quanto sopra eventualmente riportato

☒ accetto di sottopormi al trattamento sanitario proposto
☐ accetto il trattamento sanitario proposto per _____
☐ rifiuto il trattamento sanitario proposto
☐ rifiuto il trattamento sanitario proposto per _____

Il dichiarante _____ D. CAVICCHI SABRINA
C.F. CVC SPR 846454844
A. Ospedale-Università di Bologna
U.O. _____



Bologna, 18-3-13
Firma di eventuali testimoni _____ Firma dell'eventuale interprete _____

* Classificazione ASA

- ASA 1: Nessuna alterazione organica, nechimica o psichiatrica
ASA 2: Modesto disturbo sistemico che può essere correlato alla causa dell'intervento
ASA 3: Grave malattia sistemica 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 dilazionabile 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 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico G. Gaslini-Malpighi	MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO	
DATI RELATIVI AL PAZIENTE e AL TRATTAMENTO PROPOSTO		BALIABARI ANDREA
COGNOME _____		Numero 731-7671 Sesso M
DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____		
Diagnosi (indirizzo diagnostico)		0302268 039
Trattamento terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto		
Sede (organo, parte o livello del corpo)		
Lateraltà 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 impossibilitato/a ad esprimere il consenso, ovvero in assenza di chi possa legalmente esprimerlo (in tale ipotesi si interviene a questo punto la compilazione):

INFORMAZIONI FORNITE	
Sono state fornite tutte le informazioni relative a:	
1) - Diagnosi ed 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 richiesta)	
5) - Eventuali rischi e 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 e/o terapeutico e/o riabilitativo proposto	
Indicare (segnare l'opzione attuata)	

☐ E' stato fornito alla parente, ovvero a chi esercita la potestà genitoriale, 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 carta 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 esercita la potestà genitoriale, ovvero il rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatore).


Si informa l'Unità designataria dell'informazione che in caso di bisogno di ulteriori informazioni, può rivolgersi all'Unità Operativa, fornendo il seguente numero di telefono (in caso di ulteriori momenti informativi, è opportuno annotare il loro accadimento).

EVENTUALI ANNOTAZIONI:

Data 19/3/13

Firma e timbro del Medico

Medico in Formazione Specialistica


 Dr. BALABARI ANDREA

Firma del paziente _____

201-PA21

Pag. 1/2 Mod. A, protocollo 12.12.11

<p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Università di Bologna Poliambulatorio S. Maria Immacolata</p>	<p>MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO</p>	<p>681022288 GSR</p>
--	--	----------------------

Verificato che il/la destinatario dell'informazione ha compreso il significato delle informazioni 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	
<p>HO BEN COMPRESO QUANTO MI E' STATO SPIEGATO DAL DOTT. _____ QUINDI ACCONSENTO ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DELL'ATTO TERAPEUTICO ED/O DIAGNOSTICO ED/O RIABILITATIVO PROPOSTO</p>	
<p>Che verrà effettuato da: <input type="checkbox"/> componenti dell'équipe</p>	
<p>Data <u>19/3/13</u></p>	
<p>Firma del paziente (se maggiorenne e capace di intendere e volere) _____</p>	
<p>Firma del genitore o di chi esercita la tutela, verificata loro identità (in caso di paziente minorenni) _____</p>	
<p>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) _____</p>	
<p>Eventuale firma della paziente (in caso di curatela o amministrazione di sostegno) _____</p>	
NEGAZIONE DEL CONSENSO	
<p>HO BEN COMPRESO QUANTO MI E' STATO SPIEGATO DAL DOTT. _____ MA NON ACCONSENTO ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DELL'ATTO TERAPEUTICO ED/O DIAGNOSTICO ED/O RIABILITATIVO CHE MI E' STATO PROPOSTO</p>	
<p>So, in particolare, stata adeguatamente informata su quali conseguenze possono derivare dal mio rifiuto all'esecuzione dell'atto medico proposto</p>	
<p>Data <u>19/3/13</u></p>	
<p>Firma del paziente (se maggiorenne e capace di intendere e volere) _____</p>	
<p>Firma del genitore o di chi esercita la tutela, verificata loro identità (in caso di paziente minorenni) _____</p>	
<p>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) _____</p>	
<p>Eventuale firma della paziente (in caso di curatela o amministrazione di sostegno) _____</p>	

Data 19/3/13

Firma e timbro del Medico

Mod. 01 - Formazione Specialistica
CHIRURGIA GENERALE
 Dott. Paolo Maria Casaleppina

NOTA: l'eventuale revoca del consenso deve essere ugualmente annotata in cartella clinica o in altra documentazione sanitaria e debitamente firmata dal/la paziente.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Università di Bologna Policlina S. Orsola-Malpighi	MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO	
---	--	---

DATI RELATIVI AL PAZIENTE E AL TRATTAMENTO PROPOSTO

 COGNOME _____ LUOGO DI NASCITA _____
 DATA DI NASCITA _____

Diagnosi o indirizzo diagnostico _____

NEOPLASIA (in segmento epatico)

Trattamento terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto _____

REMOPLAZIONE

Sede (organo, parte o livello del corpo) _____

Estensibilità 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 una paziente è impossibilitata ad esprimere il consenso, ovvero in assenza di chi possa legittimamente esprimere l'istituto. (Se si interrompe a questo punto la compilazione)

☐ La paziente dichiara di ESSERE in stato di gravidanza

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

INFORMAZIONI FORNITE

Sono state fornite tutte le informazioni relative a:

☐ 1 - Diagnosi, ad orientamento diagnostico

☐ 2 - Prognosi e aspettative prognostiche 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 diagnostiche-terapeutiche al trattamento proposto (compresa la loro aspettativa prognostica 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 (donna in stato di gravidanza)

Inidoneità (seguire l'opzione attivata):

☐ 1 - Lo stato fornito alla paziente, ovvero a chi esercita la potestà genitoriale, ovvero al rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatore) materiale informativo sulla procedura proposta, rappresentando l'Unità Operativa.

☐ 2 - In assenza di materiale informativo appositamente predisposto, si annota in cartella clinica (o in altro documento) la sintesi delle informazioni trasmesse verbalmente durante il colloquio, facendo firmare per presa visione la paziente, ovvero chi esercita la potestà genitoriale, ovvero il rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatore).

Si informa il destinatario 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 opportuno annotare il loro accoglimento).

Data _____

Firma e timbro del Medico _____

Medico in Formazione Specialistica _____

Firma del paziente _____

CHIRURGO GENERALE _____

Dott. U.S. ALESSANDRO _____

ISTITUTO SANITARIO REGIONALE IM-JA-ROBAGNA Azienda Ospedaliera - Ospedale di Robbiano Policlinico S. Cecilia-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
Dichiarante _____		
Firma sottoscrittore/a _____		
il _____ residente in _____ Via _____		

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

1 sottoscrittore _____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

che si dichiara/dichiarano rappresentante/i legale/i di _____

Informato/i in modo chiaro e completo dal Prof. Dott. DE LIPPIS, Medico richiedente
 e dal Prof. Dott. SE RLA, Medico Radiologo sul tipo di indagine diagnostica o malato
 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 impiegati dei farmaci
 impiegati;
☐ sulla possibilità di effettuare indagini alternative di pari efficacia;
☒ sui rischi e le possibili complicanze
☐ sui 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;
☐ sulla possibilità che l'indagine, una volta avviata possa essere interrotta
☐ che l'indagine possa essere modificata nell'eventualità di eventi avversi
☐ presa visione del "eventuale" allegato foglio informativo relativo all'indagine/procedure in oggetto

Dichiara/dichiarano quanto segue

Verifica le informazioni ricevute ed i chiarimenti che sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sintetizzato
 riportando:

- ☒ accetta / 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

Dichiaranti _____		_____
Medico Richiedente	Medico in Formazione Specialistica CHIRURGO GENERALE Dott. ROSSA ALESSANDRO	Medico Radiologo _____
Firma di eventuali testimoni _____		_____
Firma di eventuale interprete _____		Bologna, li _____