ATTO SANITARIO: ACCENSIONETRIESTE, 2/8/2010

BURLO

- ☒ S.C. Chirurgia e Urologia pediatrica - [REDACTED]
☐ S.C. Ortopedia e traumatologia - Direttore Dott. Marco Carbone
☐ S.C. Oculistica e Strabologia - Direttore Dott. Stefano Pensiero
☐ S.C. Odontostomatologia pediatrica - Direttore Dott.ssa Gabriella Clarich
☐ S.C. Audiologia e Otorinolaringoiatria - Direttore Dott.ssa Eva Orzan

PARTE A

Io/noi sottoscritto/a/i [REDACTED]
in qualità di ☐ assistito ☒ madre ☐ padre ☐ genitori ☐ tutore ☐ altro (*specificare*)
e responsabile/i della compilazione dei dati sottoindicati:

Titolare potestà genitoriale

Cognome Nome

Nato a il

Residente a CAP

in Via

**In caso di minore vi è la necessità del consenso fornito da entrambi i genitori, o da chi, giuridicamente, ne fa le veci. Tale assunto non si modifica anche qualora il minore sia affidato ad uno dei genitori, i quali risultino separati o divorziati, come dagli stessi dichiarato. L'opinione del minore, nella misura in cui lo consente la sua età e il suo grado di maturità, è presa in considerazione.*

**In caso di presenza di uno solo dei due genitori, quest'ultimo, sotto la propria responsabilità, dovrà dichiarare l'assenso del genitore assente, attraverso modello di autocertificazione (Mod 0199)*

**In caso di presenza del solo legale rappresentante va allegata la documentazione che indica i poteri conferiti.*

DICHIARO/DICHIARIAMO

di essere stato/a/i informato/a/i in maniera chiara, completa e comprensibile

dal dott. BOSCAEN

(se del caso) con il supporto del mediatore culturale Sig. _____

Istituto di Ricovero e Cura a

☒ Carattere Scientifico materno infantile**Burlo Garofolo**Ospedale di alta specializzazione e di rilievo
nazionale per la salute della donna e del bambino

* 34137 Trieste * via dell'Istria 65/1 * tel.+39.040.3785.314 * fax +39.040.3785.537 * cf. 00124430323 *

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO PER INTERVENTO CHIRURGICO PEDIATRICO

ardando gli argomenti seguenti:

DIAGNOSI / CONDIZIONI CLINICHE

L'assistito è affetto dalla seguente **PATOLOGIA**: *Fimosis*

ATTO SANITARIO

Per il trattamento della patologia di cui è affetto l'assistito è indicato il seguente intervento chirurgico:

Ricetta di Fimosis

Breve DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO proposto: *come spiegato alla madre*

L'intervento è ESEGUITO DAI SEGUENTI PROFESSIONISTI: *chirurgo in S.O.*

Il SANITARIO DI RIFERIMENTO è il Dott.: *Scheelf*

Note:

ESITI PREVEDIBILI (BENEFICI) DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

I BENEFICI del trattamento sono: *risoluzione del problema*

Gli esiti prevedibili del MANCATO TRATTAMENTO sono: *alterazione della normale fisiologia*

LE EVENTUALI ALTERNATIVE (CON VANTAGGI E RISCHI)

Rispetto all'intervento proposto: ☒ NON esistono alternative

☐ Esistono alternative (specificare tipologia, rischi e benefici):

RISCHI E COMPLICANZE EVENTUALI DEL TRATTAMENTO

Le COMPLICANZE POST – OPERATORIE IMMEDIATE e più comuni di questo intervento sono:

☐ reazioni allergiche legate alla somministrazione dell'anestetico locale

☒ sanguinamento durante e dopo l'intervento

☒ tumefazioni originate dall'edema postoperatorio

☒ ematomi

continua

III RISCHI E COMPLICANZE EVENTUALI DEL TRATTAMENTO

<input type="checkbox"/> infezioni nella sede dell'intervento	<input type="checkbox"/> apertura della ferita chirurgica
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Le **COMPLICANZE POST – OPERATORIE TARDIVE** specifiche per questo intervento sono:

<input type="checkbox"/> lesioni nervose transitorie o permanenti	<input type="checkbox"/> frattura ossea
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Stenosi del MUE</i>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

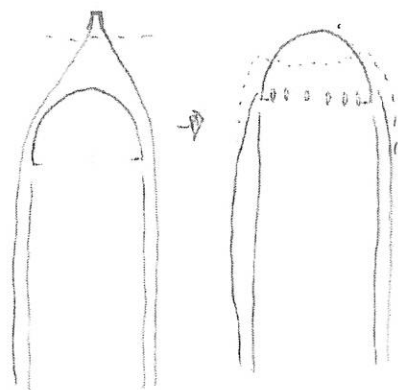
In linea generale il periodo necessario per il recupero funzionale è di:

ALTRI PROBLEMI

Eventuali variazioni rispetto alla tecnica operatoria proposta possono essere dettate da condizioni anatomo-patologiche impreviste e non preventivate all'atto della somministrazione della presente informativa.

Possono essere altresì necessarie, in condizioni di particolare e specifica gravità dello stato di salute dell'assistito, manovre di resezione, amputazione, asportazione di organi e/o parti anatomiche.

DISEGNO ILLUSTRATIVO (se necessario)



PARTE B

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

DICHIARO/DICHIARIAMO

- ☒ di essere consapevole (e di assumerne la responsabilità civile e penale) che eventuali omissioni rispetto alle informazioni riferite in anamnesi, siano causa di inadeguate condotte mediche e chirurgiche;
- ☒ di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima del Atto/trattamento sanitario proposto e di:

☒ **ACCETTARE**

☐ **NON ACCETTARE**

Liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza il mio consenso all'atto sanitario proposto.

Data 3/8/20

Firma leggibile dell'assistito/a e/o del/i legale/i rappresentante/i

Altri (specificare)

Il Medico (timbro e firma leggibile)

Monardo Scudell. (Boscazzini)

PARTE C

DIRITTO DI REVOCA

DICHIARO/DICHIARIAMO DI VOLERE REVOCARE IL CONSENSO

Data

Firma leggibile dell'assistito/a e/o del/i legale/i rappresentante/i

ATTO SANITARIO: CIRCONCISIONETRIESTE, 10/6/20

- ☒ S.C. Chirurgia e Urologia pediatrica – Direttore Dott. [REDACTED]
☐ S.C. Ortopedia e traumatologia – Direttore Dott. Marco Carbone
☐ S.C. Oculistica e Strabologia – Direttore Dott. Stefano Pensiero
☐ S.C. Odontostomatologia pediatrica – Direttore Dott.ssa Gabriella Clarich
☐ S.C. Audiologia e Otorinolaringoiatria – Direttore Dott.ssa Eva Orzan

PARTE A

Io/noi sottoscritto/a/i
in qualità di ☐ assistito ☒ madre ☐ padre ☐ genitori ☐ tutore ☐ altro (specificare)
e responsabile/i della compilazione dei dati sottoindicati:

DATI IDENTIFICATIVI

Dati identificativi:

~~Titolare potestà genitoriale~~~~Cognome Nome~~~~Nato a il~~~~Residente a CAP~~~~in Via~~

**In caso di minore vi è la necessità del consenso fornito da entrambi i genitori, o da chi, giuridicamente, ne fa le veci. Tale assunto non si modifica anche qualora il minore sia affidato ad uno dei genitori, i quali risultino separati o divorziati, come dagli stessi dichiarato. L'opinione del minore, nella misura in cui lo consente la sua età e il suo grado di maturità, è presa in considerazione.*

**In caso di presenza di uno solo dei due genitori, quest'ultimo, sotto la propria responsabilità, dovrà dichiarare l'assenso del genitore assente, attraverso modello di autocertificazione (Mod 0199)*

**In caso di presenza del solo legale rappresentante va allegata la documentazione che indica i poteri conferiti.*

DICHIARO/DICHIARIAMO

di essere stato/a/i informato/a/i in maniera chiara, completa e comprensibile

dal dott. Pesciotti

(se del caso) con il supporto del mediatore culturale Sig. _____

Istituto di Ricovero e Cura a
Carattere Scientifico materno infantile

Burlo Garofolo

Ospedale di alta specializzazione e di rilievo
nazionale per la salute della donna e del bambino

• 34137 Trieste • via dell'Istria 65/1 • tel.+39.040.3785.314 • fax +39.040.3785.537 • cf. 00124430323 •

Riguardo gli argomenti seguenti:

DIAGNOSI / CONDIZIONI CLINICHE

L'assistito è affetto dalla seguente **PATOLOGIA**:

FINOSI + FRENOLO PARSIALE BREVE

ATTO SANITARIO

Per il trattamento della patologia di cui è affetto l'assistito è indicato il seguente intervento chirurgico:

CIRCUNCISIONE + FRENUOTOMIA PARZIALE

Breve **DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO** proposto:

spiegato a voce

L'intervento è **ESEGUITO DAI SEGUENTI PROFESSIONISTI**:

Equipe chirurgo

Il **SANITARIO DI RIFERIMENTO** è il Dott.:

Note:

ESITI PREVEDIBILI (BENEFICI) DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

I **BENEFICI** del trattamento sono:

Miglioramento quadro clinico

Gli esiti prevedibili del **MANCATO TRATTAMENTO** sono:

difficoltà delle manovre

LE EVENTUALI ALTERNATIVE (CON VANTAGGI E RISCHI)

Rispetto all'intervento proposto: ☒ **NON** esistono alternative

☐ Esistono alternative (specificare tipologia, rischi e benefici):

RISCHI E COMPLICANZE EVENTUALI DEL TRATTAMENTO

Le **COMPLICANZE POST - OPERATORIE IMMEDIATE** e più comuni di questo intervento sono:

☒ reazioni allergiche legate alla somministrazione dell'anestetico locale

☒ sanguinamento durante e dopo l'intervento

☒ tumefazioni originate dall'edema postoperatorio

☒ ematomi

continua

continua **RISCHI E COMPLICANZE EVENTUALI DEL TRATTAMENTO**

- ☒ infezioni nella sede dell'intervento ☒ apertura della ferita chirurgica
- ☐
- ☐
- ☒ Le **COMPLICANZE POST – OPERATORIE TARDIVE** specifiche per questo intervento sono:
- ☐ lesioni nervose transitorie o permanenti ☐ frattura ossea
- ☐
- ☒ **LESIONE URETRA**
- ☐
- ☐
- In linea generale il periodo necessario per il recupero funzionale è di:

ALTRI PROBLEMI

Eventuali variazioni rispetto alla tecnica operatoria proposta possono essere dettate da condizioni anatomico-patologiche impreviste e non preventivate all'atto della somministrazione della presente informativa.

Possono essere altresì necessarie, in condizioni di particolare e specifica gravità dello stato di salute dell'assistito, manovre di resezione, amputazione, asportazione di organi e/o parti anatomiche.

DISEGNO ILLUSTRATIVO *(se necessario)*

PARTE B

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

DICHIARO/DICHIARIAMO

- ☒ di essere consapevole (e di assumerne la responsabilità civile e penale) che eventuali omissioni rispetto alle informazioni riferite in anamnesi, siano causa di inadeguate condotte mediche e chirurgiche;
- ☒ di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima del Atto/trattamento sanitario proposto e di:

☒ ACCETTARE

☐ NON ACCETTARE

Liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza il mio consenso all'atto sanitario proposto.

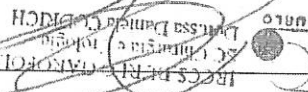
Data 10/6/20

Firma leggibile dell'assistito/a e/o del/i legale/i rappresentante/i

Altri (specificare)

Il Medico (timbro e firma leggibile)

TRIESTE



PARTE C