OSPEDALE SAN RAFFAELE

ATTESTAZIONE di VOLONTA' per PRESTAZIONE SANITARIA con SEDAZIONE
(informativa allegata)

Etichetta
Nome: _____
_____
Data nascita _____

Io sottoscritto/a* [redacted] oggi: data 21/01/2019 ora .....

durante il colloquio con il Dott. [redacted]

sono stato informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto a:

ECOENDOSCOPIA DIAGNOSTICA E/O OPERATIVA

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

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

Avendo compreso quanto spiegato, ed avendo altresì compreso che la prestazione cui sarò sottoposto NON rappresenta una sperimentazione§, 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. **Acconsentire** ☑ (o **Non acconsentire** ☐) ad essere sottoposto alle manovre per la sedazione, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della sedazione, così come descritte nell'informativa
3. **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*)* [redacted]

Nome e Cognome di *chi ne fa le veci**.....

Timbro e Firma del Medico [redacted]

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 validamente possa prestarlo al posto suo.

Data.....ora..... Timbro e Firma del Medico .....

Sistema Sanitario Regione Lombardia

(*) paziente, esercente la potestà, tutore
(§) Consenso specifico per Sperimentazioni

OSPEDALE SAN RAFFAELE

ATTESTAZIONE di VOLONTA' per PRESTAZIONE SANITARIA con SEDAZIONE
(informativa allegata)

Etichetta
Nome: _____
_____
Data nascita _____

Io sottoscritto/a* [redacted] oggi: data 21/01/2019 ora .....

durante il colloquio con il Dott. [redacted]

sono stato informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto a:

ECOENDOSCOPIA DIAGNOSTICA E/O OPERATIVA

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

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

Avendo compreso quanto spiegato, ed avendo altresì compreso che la prestazione cui sarò sottoposto NON rappresenta una sperimentazione§, 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. **Acconsentire** ☑ (o **Non acconsentire** ☐) ad essere sottoposto alle manovre per la sedazione, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della sedazione, così come descritte nell'informativa
3. **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*)* [redacted]

Nome e Cognome di *chi ne fa le veci**.....

Timbro e Firma del Medico [redacted]

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 validamente possa prestarlo al posto suo.

Data.....ora..... Timbro e Firma del Medico .....

Sistema Sanitario Regione Lombardia

(*) paziente, esercente la potestà, tutore
(§) Consenso specifico per Sperimentazioni

OSPEDALE SAN RAFFAELE	**ATTESTAZIONE di VOLONTA' per PRESTAZIONE SANITARIA con SEDAZIONE** *(informativa allegata)*	*Etichetta* Nome:_____ Data nascita _____

Io sottoscritto/a* [redacted] oggi: data 21/11/19 ora 12:20

durante il colloquio con il Dott. [redacted]

sono stato informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto a:

ECOENDOSCOPIA DIAGNOSTICA E/O OPERATIVA

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

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

Avendo compreso quanto spiegato, ed avendo altresì compreso che la prestazione cui sarò sottoposto NON rappresenta una sperimentazione§, 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. **Acconsentire** ☒ (o **Non acconsentire** ☐) ad essere sottoposto alle manovre per la sedazione, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della sedazione, così come descritte nell'informativa
3. **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*)* [redacted]

Nome e Cognome di *chi ne fa le veci** [redacted]

Timbro e Firma del Medico [redacted]

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 validamente possa prestarlo al posto suo.

Data.....ora..... Timbro e Firma del Medico .....

(*) paziente, esercente la potestà, tutore
(§) Consenso specifico per Sperimentazioni

OSPEDALE SAN RAFFAELE

ATTESTAZIONE di VOLONTA' per PRESTAZIONE SANITARIA con SEDAZIONE

(informativa allegata)

Etichetta

Nome:_____

_____

Data nascita _____

Io sottoscritto/a* [redacted] oggi: data 21/12/19 ora 13:00

durante il colloquio con il Dott. [redacted]

sono stato informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto a:

ECOENDOSCOPIA DIAGNOSTICA E/O OPERATIVA

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

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

Avendo compreso quanto spiegato, ed avendo altresì compreso che la prestazione cui sarò sottoposto NON rappresenta una sperimentazione§, 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. **Acconsentire** ☒ (o **Non acconsentire** ☐) ad essere sottoposto alle manovre per la sedazione, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della sedazione, così come descritte nell'informativa
3. **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*)*..... [redacted]

Nome e Cognome di *chi ne fa le veci**.....

Timbro e Firma del Medico ..... [redacted]

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 validamente possa prestarlo al posto suo.

Data.....ora..... Timbro e Firma del Medico .....

(*) paziente, esercente la potestà, tutore
(§) Consenso specifico per Sperimentazioni