



UNIVERSITÀ DI PISA

Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica ed Area Critica

**Sezione Dipartimentale Universitaria
Chirurgia Pediatrica ed Adolescenziale**

Direttore: Prof. Claudio Spinelli

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ATTO MEDICO

Io sottoscritto/a _____

tutore del paziente _____

dichiaro di essere stato informato, in modo chiaro e a me comprensibile, sulle indicazioni e strategie chirurgiche dal Prof. Claudio Spinelli

che la patologia riscontrata di: _____

è opportuna l'esecuzione dell'intervento di _____

Dichiaro di essere stato informato sul tipo di anestesia cui verrò sottoposto e che tale tecnica concordata potrà essere modificata qualora Egli lo ritenesse necessario.

Sono stato altresì informato che potrà essere indicata la terapia trasfusionale, eventualmente nella forma della autoemotrasfusione ove le mie condizioni di salute lo permettano.

Di quanto prospettato mi sono stati spiegati:

- Gli obiettivi
- I benefici
- Gli eventuali rischi e le prevedibili conseguenze menomanti
- Eventuali alternative diagnostico-terapeutiche

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile di un danno grave alla mia persona, verranno poste in essere tutte le pratiche ritenute idonee a scongiurare tale pericolo.

Ciò premesso acconsento / non acconsento al trattamento proposto. _____

Firma leggibile del degente/dell'esercente la patria potestà / del tutore:

Firma leggibile del medico:

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA
S.D. CHIR. PEDIATRICA E DELL'ADOLESCENZA
Direttore: Prof. Claudio Spinelli

Pisa, lì: _____