

## DATI RELATIVI AL PAZIENTE e AL TRATTAMENTO PROPOSTO

COGNOME \_\_\_\_\_ 7879035000 GSR \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ NASCITA \_\_\_\_\_  
Diagnosi o indirizzo di \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_  
Trattamento terapeutico \_\_\_\_\_ Riabilitativo proposto \_\_\_\_\_

Sede (organo, parte o livello del corpo) \_\_\_\_\_

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

Solo per donne in età fertile: la paziente dichiara di: ☐ ESSERE in stato di gravidanza  
☐ NON ESSERE in stato di gravidanza

- ☐ 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 interrompe a questo punto la compilazione del modulo).

## INFORMAZIONI FORNITE

Sono state fornite tutte le informazioni relative a:
1) - Diagnosi od 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 diagnostico-terapeutiche al trattamento proposto (comprese loro aspettative migliorative 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 (donne in stato di gravidanza)

Inoltre (segnare l'opzione attuata):

- ☒ È stato fornito al/la paziente, ovvero a chi esercita la responsabilità genitoriale, ovvero al rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatore) materiale informativo sulla procedura proposta appositamente predisposto dall'Unità Operativa.
- ☐ In assenza di materiale informativo appositamente predisposto, si annota in cartella 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 responsabilità genitoriale, ovvero il rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatore).
- ☐ Qualora non fosse possibile annotare in cartella clinica (o in altra documentazione sanitaria) la sintesi delle informazioni rese, utilizzare lo spazio sottostante per scrivere gli aspetti discussi, sottolineati ovvero precisati.

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 annotare il loro accadimento).

Data 15/07/2019

Firma

- ☐ Il/La paziente \_\_\_\_\_  
☐ Il/I Genitore/i \_\_\_\_\_  
☐ L'Amministratore di sostegno \_\_\_\_\_  
☐ Il Tutore \_\_\_\_\_  
☐ Il Curatore \_\_\_\_\_  
☐ Alla presenza di \_\_\_\_\_

Firma e Timbro del  
Medico proponente e/o esecutore

**MODULO DI ACQUISIZIONE DEL  
CONSENSO INFORMATO**

Ho ben compreso quanto fino ad ora discusso e condiviso con i professionisti

dell'équipe/ Dott. \_\_\_\_\_ nel corso del processo informativo e dunque:

<input checked="" type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b>
ALL'EFFETTUAZIONE, PRESSO QUESTA STRUTTURA, DELL'ATTO DIAGNOSTICO E/O TERAPEUTICO E/O RIABILITATIVO CHE MI È STATO PROPOSTO	SEPPUR CONSAPEVOLE DEI POSSIBILI RISCHI PER LA SALUTE, NON ACCONSENTO ALL'EFFETTUAZIONE, PRESSO QUESTA STRUTTURA, DELL'ATTO DIAGNOSTICO E/O TERAPEUTICO E/O RIABILITATIVO CHE MI È STATO PROPOSTO  Sono, in particolare, stato/a adeguatamente informato/a su quali conseguenze possono derivare dal mio rifiuto all'esecuzione dell'atto medico proposto.

**Firma del/la paziente**

(se maggiorenne e capace di intendere e volere) \_\_\_\_\_

**Firma dei genitori o di chi esercita la tutela,**  
verificatala 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, curatela o amministrazione di sostegno) \_\_\_\_\_

**Eventuale firma del/la paziente**  
(in caso di curatela o amministrazione) \_\_\_\_\_

**Alla presenza di** \_\_\_\_\_

**Firma e Timbro del Medico proponente e/o esecutore**

Data 15.7.19

**REVOCA DEL CONSENSO**

SEPPUR CONSAPEVOLE DEI POSSIBILI RISCHI PER LA SALUTE,  
DICHIO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO

Sono, in particolare, stato/a adeguatamente informato/a su quali conseguenze possono derivare dalla mia revoca.

**Firma del/la paziente** (se maggiorenne e capace di intendere e volere) \_\_\_\_\_

**Firma dei genitori o di chi esercita la tutela,** verificatala 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, curatela o amministrazione di sostegno) \_\_\_\_\_

**Eventuale firma del/la paziente** (in caso di curatela o amministrazione) \_\_\_\_\_

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

**Firma e Timbro del Medico**