



Ospedale
di Circolo

Fondazione
Macchi

Azienda ospedaliera Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi

viale Borri 57 • 21100 Varese • tel. 0332-278.111 • fax 0332-261440

Unità operativa

ORTOPEDIA

Modulo per la libera accettazione della prestazione sanitaria

(Consenso informato: artt. 31 e 32 del Nuovo Codice di Deontologia Medica)

Prestazione sanitaria EXESES CHIRURGICA + ESAME ISTOLOGICO + EV.

ARTROSCOPIA IN CONDROMATOSI SINOVIALE + SINOVITE CRONICA

CAVIGLIA DESTRA

Io sottoscritto prof./dott. GIROTO

dichiaro

di aver adeguatamente illustrato al..... signor.....
la natura e le finalità cliniche particolari della prestazione sanitaria sopra indicata e di averlo
informato..... sull'orientamento diagnostico, sulla prognosi, sulle prospettive terapeutiche e sulle
verosimili conseguenze della terapia e della mancata terapia.

Rimango a disposizione per ulteriori chiarimenti.

Varese, 08/02/2016 alle ore

Firma del Medico

[Firma]

(segue sul retro la parte riservata al paziente → → →)

(la parte successiva dovrà essere compilata dal paziente o dagli aventi diritto)

Ascoltate le spiegazioni del medico curante, Le si chiede un'accettazione scritta della prestazione sanitaria, considerate le sue particolarità e i possibili effetti sulla malattia e, più in generale, sulla Sua salute.

La sottoscrizione di questo modulo non serve a sollevare il medico dalle sue responsabilità professionali.

1. Ritiene che l'informazione del prof./dott. sia stata sufficientemente chiara e completa?

☒ SI
☐ NO

2. Ha ben compreso che in un ambiente ospedaliero come questo il medico che effettuerà la prestazione potrà non essere lo stesso medico che l'ha informata (di cui potrà comunque conoscere il nome)?

☒ SI
☐ NO

3. Ha ben compreso che il prof./dott. si è dichiarato disponibile per ulteriori chiarimenti?

☒ SI
☐ NO

4. Ritiene che ulteriori chiarimenti le debbano essere forniti alla presenza di una persona di sua fiducia?

☐ SI
☒ NO

(in caso di risposta affermativa, compilare la parte nel riquadro)

I chiarimenti richiesti sulla prestazione sanitaria sopra indicata sono stati forniti
dal prof./dott.
al signor
alla presenza del signor
persona di sua fiducia.

Accetto liberamente la prestazione proposta.

Varese,

08/02/2016

alle ore

Firma del Medico

[Firma]

Firma del Paziente

[Firma]

Firma della Persona di Fiducia

Consenso informato per Case Reports

Titolo Case Report: Synovial Chondromatosis of the Foot: State of the Art and Two Case Reports.

Autori: Dr. L. Monestier, Dr. G. Riva, Dr. P. Stissi, Dr. M. Latif, Prof. M.F. Surace

Le viene chiesto di dare il permesso al Dr. Luca Monestier di usare le informazioni di carattere ortopedico e gli esami ausiliari contenuti nella sua cartella clinica al fine di redigere un "Case Report". I Case Reports sono tipicamente usati per condividere nuove uniche informazioni risultate da un paziente durante la sua esperienza clinica, che possono essere utili per altri medici e personale sanitario. Un Case Report può essere pubblicato per essere letto da altri e/o presentato a congressi. Questo consenso esplica lo scopo di questo Case Report. La preghiamo di leggere attentamente questo consenso e prenda il suo tempo per prendere la sua decisione, ponendo qualsiasi domanda che abbia a riguardo. Lo scopo di questo Case Report è di informare altri medici riguardo la nostra esperienza nel trattamento di una patologia rara, specialmente nella sua localizzazione alla caviglia ed al piede, definita Condromatosi Sinoviale. Le informazioni utilizzate per questo Case Report possono includere dettagli sulle sue condizioni cliniche al ricovero e nel postoperatorio, oltre alle cure perioperatorie. Il Dr. Luca Monestier è obbligato a proteggere i suoi dati personali e a non divulgare informazioni personali (riguardo lei e la sua salute che identifichino lei come individuo ad es. nome, data di nascita, numero di cartella clinica). Quando il Case Report sarà presentato o pubblicato, la sua identità non verrà rivelata. Sebbene le sue personali informazioni raccolte o ottenute saranno mantenute confidenziali e protette nella massima misura prevista dalla legge, vi è un rischio limitato che possa risultare in una perdita di riservatezza in virtù della rarità del suo caso clinico. Lei non trarrà alcun beneficio dalla partecipazione a questo Case Report. Le informazioni che possono essere condivise con il personale medico e sanitario, comunque, potrebbero migliorare le future cure verso i pazienti. Lei non riceverà alcun compenso per la partecipazione a questo Case Report. Partecipare a questo Case Report è una sua volontaria scelta. Lei può scegliere di non partecipare e/o di cambiare idea in qualsiasi momento. Comunque, una volta che il Case Report verrà scritto e pubblicato, non sarà più possibile recedere. La sua scelta non si tradurrà in alcuna penalizzazione o perdita di benefici dei quali lei ha diritto, incluse la qualità delle cure che riceve. Lei sarà informato circa ogni nuova informazione riguardante questo Case Report che potrebbe coinvolgerla. Apponendo la sua firma significa che lei ha letto le informazioni sovrastanti e ha avuto la possibilità di porre domande riguardo come le sue informazioni saranno usate, e che lei fornisce la sua autorizzazione ad usare le sue informazioni in questo Case Report.

IL SOGGETTO ACCONSENTE A PARTECIPARE

Nome del Partecipante: [REDACTED]

Il partecipante / Tutore legale

Firmando questo consenso, confermo che:

- Questo Case Report mi è stato spiegato in maniera chiara e completa e le mie domande sono state risolte in modo soddisfacente
- Sono stato informato dei rischi e dei benefici, se presenti, nell'autorizzare l'utilizzo delle mie informazioni personali in questo Case Report
- Sono stato informato che non sono obbligato a partecipare a questo Case Report
- Ho letto ogni pagina di questo consenso informato
- ~~Autorizzo l'accesso ai miei personali dati sanitari come spiegato in questo consenso informato~~
- Ho accettato di partecipare a questo Case Report

Nome del partecipante / Tutore legale: [REDACTED]

Firma: [Signature]

Data: 15/01/2019

Luogo: Varese



Modulo per la libera accettazione della prestazione sanitaria

(Consenso informato: artt. 31 e 32 del Nuovo Codice di Deontologia Medica)

Prestazione sanitaria ARTROSI SOTTOASTRAGALICA + ESPURAZIONE

CHIRURGICA + OSTEOTOMIA SEC YOUNGSWICK I° MP + OSTEOTOMIA
SEC AKIN F4 I° MP IN ARTROSI SOTTOASTRAGALICA CON CORPI
LIBILI, SINDROME TUNNEL TARSALE, ALLUCE VALGO PIEDE DESTRO

Io sottoscritto prof./dott. FUTAGALLI

dichiaro

di aver adeguatamente illustrato alla signora [REDACTED]
la natura e le finalità cliniche particolari della prestazione sanitaria sopra indicata e di averla
informato sull'orientamento diagnostico, sulla prognosi, sulle prospettive terapeutiche e sulle
verosimili conseguenze della terapia e della mancata terapia.

Rimango a disposizione per ulteriori chiarimenti.

Varese,

8/5/2017

alle ore 15.20

Firma del Medico

[Signature]

(segue sul retro la parte riservata al paziente → → →)

(la parte successiva dovrà essere compilata dal paziente o dagli aventi diritto)

Ascoltate le spiegazioni del medico curante, Le si chiede un'accettazione scritta della prestazione sanitaria, considerate le sue particolarità e i possibili effetti sulla malattia e, più in generale, sulla Sua salute.

La sottoscrizione di questo modulo non serve a sollevare il medico dalle sue responsabilità professionali.

1. Ritene che l'informazione del prof./dott. sia stata sufficientemente chiara e completa?

☒ SI
☐ NO

2. Ha ben compreso che in un ambiente ospedaliero come questo il medico che effettuerà la prestazione potrà non essere lo stesso medico che l'ha informata (di cui potrà comunque conoscere il nome)?

☒ SI
☐ NO

3. Ha ben compreso che il prof./dott. si è dichiarato disponibile per ulteriori chiarimenti?

☒ SI
☐ NO

4. Ritene che ulteriori chiarimenti le debbano essere forniti alla presenza di una persona di sua fiducia?

☒ SI
☐ NO

(in caso di risposta affermativa, compilare la parte nel riquadro)

I chiarimenti richiesti sulla prestazione sanitaria sopra indicata sono stati forniti
dal prof./dott.
al..... signor.....
alla presenza del..... signor.....
persona di sua fiducia.

Accetto liberamente la prestazione proposta.

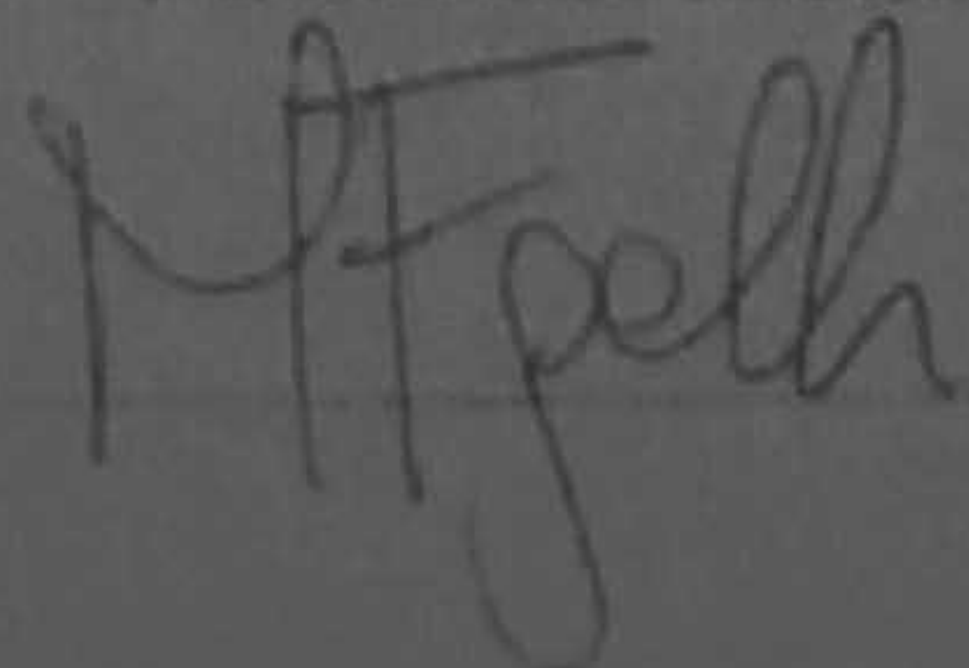
Varese,

28/05/2012

alle ore

15.20

Firma del Medico



Firma del Paziente



Firma della Persona di Fiducia

Consenso informato per Case Reports

Titolo Case Report: Synovial Chondromatosis of the Foot: State of the Art and Two Case Reports.

Autori: Dr. L. Monestier, Dr. G. Riva, Dr. P. Stissi, Dr. M. Latif, Prof. M.F. Surace

Le viene chiesto di dare il permesso al Dr. Luca Monestier di usare le informazioni di carattere ortopedico e gli esami ausiliari contenuti nella sua cartella clinica al fine di redigere un "Case Report". I Case Reports sono tipicamente usati per condividere nuove uniche informazioni risultate da un paziente durante la sua esperienza clinica, che possono essere utili per altri medici e personale sanitario. Un Case Report può essere pubblicato per essere letto da altri e/o presentato a congressi. Questo consenso esplica lo scopo di questo Case Report. La preghiamo di leggere attentamente questo consenso e prenda il suo tempo per prendere la sua decisione, ponendo qualsiasi domanda che abbia a riguardo. Lo scopo di questo Case Report è di informare altri medici riguardo la nostra esperienza nel trattamento di una patologia rara, specialmente nella sua localizzazione alla caviglia ed al piede, definita Condromatosi Sinoviale. Le informazioni utilizzate per questo Case Report possono includere dettagli sulle sue condizioni cliniche al ricovero e nel postoperatorio, oltre alle cure perioperatorie. Il Dr. Luca Monestier è obbligato a proteggere i suoi dati personali e a non divulgare informazioni personali (riguardo lei e la sua salute che identifichino lei come individuo ad es. nome, data di nascita, numero di cartella clinica). Quando il Case Report sarà presentato o pubblicato, la sua identità non verrà rivelata. Sebbene le sue personali informazioni raccolte o ottenute saranno mantenute confidenziali e protette nella massima misura prevista dalla legge, vi è un rischio limitato che possa risultare in una perdita di riservatezza in virtù della rarità del suo caso clinico. Lei non trarrà alcun beneficio dalla partecipazione a questo Case Report. Le informazioni che possono essere condivise con il personale medico e sanitario, comunque, potrebbero migliorare le future cure verso i pazienti. Lei non riceverà alcun compenso per la partecipazione a questo Case Report. Partecipare a questo Case Report è una sua volontaria scelta. Lei può scegliere di non partecipare e/o di cambiare idea in qualsiasi momento. Comunque, una volta che il Case Report verrà scritto e pubblicato, non sarà più possibile recedere. La sua scelta non si tradurrà in alcuna penalizzazione o perdita di benefici dei quali lei ha diritto, incluse la qualità delle cure che riceve. Lei sarà informato circa ogni nuova informazione riguardante questo Case Report che potrebbe coinvolgerla. Apponendo la sua firma significa che lei ha letto le informazioni sovrastanti e ha avuto la possibilità di porre domande riguardo come le sue informazioni saranno usate, e che lei fornisce la sua autorizzazione ad usare le sue informazioni in questo Case Report.

IL SOGGETTO ACCONSENTE A PARTECIPARE

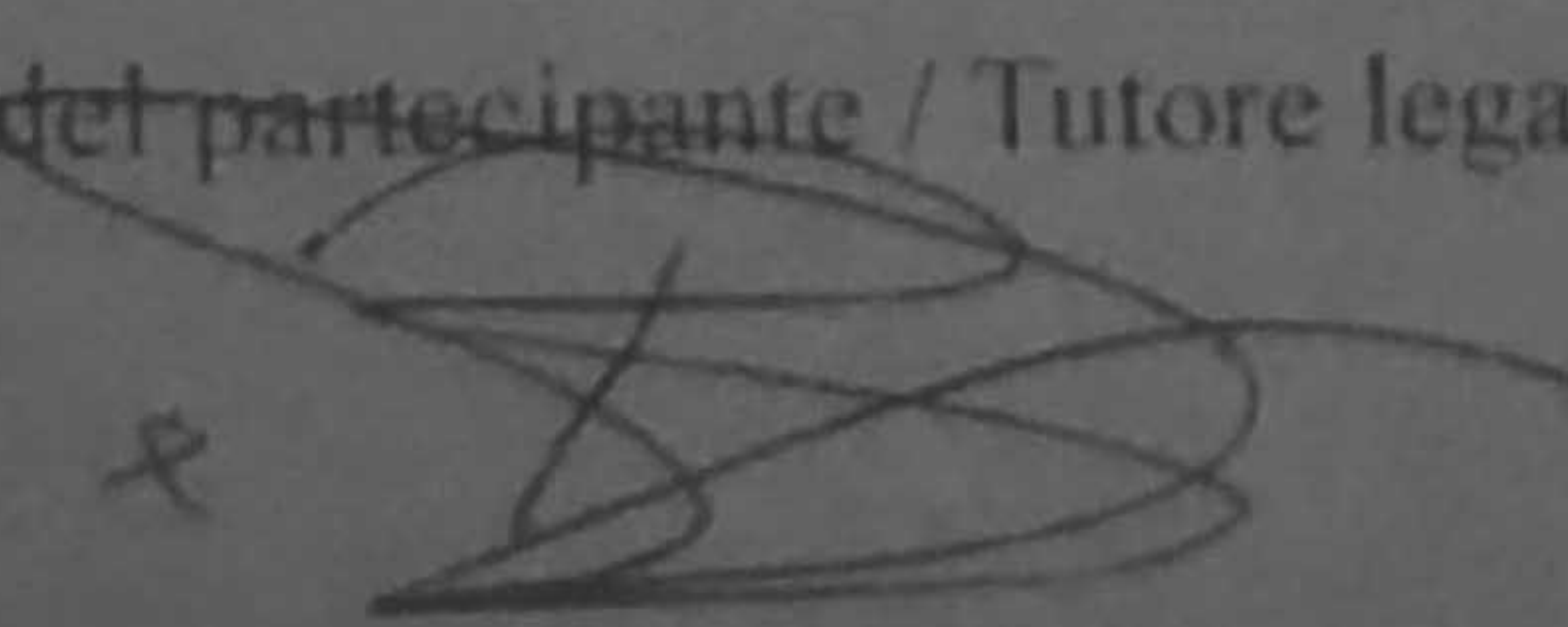
Nome del Partecipante: [REDACTED]

Il partecipante / Tutore legale

Firmando questo consenso, confermo che:

- Questo Case Report mi è stato spiegato in maniera chiara e completa e le mie domande sono state risolte in modo soddisfacente
- Sono stato informato dei rischi e dei benefici, se presenti, nell'autorizzare l'utilizzo delle mie informazioni personali in questo Case Report
- Sono stato informato che non sono obbligato a partecipare a questo Case Report
- Ho letto ogni pagina di questo consenso informato
- Autorizzo l'accesso ai miei personali dati sanitari come spiegato in questo consenso informato
- Ho accettato di partecipare a questo Case Report

Nome del partecipante / Tutore legale: [REDACTED]

Firma: 

Data: 15/01/2019

Luogo: Varese