

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita BIANCO
Unità operativa: ENDOSCOPIA DIGESTIVA SEDE POLICLINICO DI MODENA
Diagnosi o indirizzo diagnostico: Paziente sintomatico
Atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo: ERCP

☐ Si procede ad effettuare l'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo urgente in quanto il/la paziente è impossibilitato/a ad esprimere il consenso (in tale ipotesi si interrompe a questo punto la compilazione del modulo)

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

Inoltre (segnare l'opzione attuata):

☐ E' stato fornito al/alla paziente / ovvero a chi esercita la potestà genitoriale / ovvero al rappresentante legale curatore/amministratore di sostegno, tutore/curatore/ovvero alla persona incaricata dal paziente materiale informativo sulla procedura proposta.

☐ 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, ivi compresa la firma del/della paziente, facendo firmare per presa visione il/la paziente, ovvero chi esercita la potestà genitoriale, ovvero il rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curante) ovvero la persona incaricata dal paziente di ricevere le informazioni ed esprimere il consenso in sua voce.

In caso di bisogno di ulteriori informazioni, può rivolgersi all'Unità Operativa contattando il seguente numero

EVENTUALI ANNOTAZIONI:

Data 13/02/2020

Firma e timbro del Medico

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

HO BEN COMPRESO QUANTO MI E' STATO SPIEGATO DAL DOTT. Dr. Giuseppe Grande

QUINDI ACCONSENTO

ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DELL'ATTO TERAPEUTICO E/O DIAGNOSTICO E/O RIABILITATIVO PROPOSTO che verrà effettuato da: ☐ componenti dell'equipe ☐ consulente esterno Data: 13/02/2020

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

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela, verificata la loro identità (in caso di pz minorenni)

Firma del tutore o curante o amministratore di sostegno (verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela o amministratore di sostegno)

Firma della persona incaricata dal paziente (acquisita la volontà in tal senso del paziente su apposito modulo allegato al presente e verificata la sua identità)

Data : 13/02/2020

☐ Trattandosi di soggetto impossibilitato a sottoscrivere questo modulo la volontà del paziente /genitori o di chi esercita la tutela / tutore o curatore o amministratore di sostegno / persona incaricata dal paziente è stata acquisita mediante videoregistrazione che, registrata su idoneo supporto (CD, chiavetta USB, ecc.), è stata inserita nella documentazione sanitaria