 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Universitaria di Bologna * Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>	<b>MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO</b>	TIMBRO U.O. CODICE NOSOGRAFICO
---	--	-----------------------------------

### DATI RELATIVI AL PAZIENTE e AL TRATTAMENTO PROPOSTO

COGNOME _____	NOME _____
DATA DI NASCITA _____	LUOGO DI NASCITA _____

Diagnosi o indirizzo diagnostico

RECIDIVA DI ADENOCARCINOMA PANCREATICO

Trattamento terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto

CHEMIOTERAPIA DI I LINEA SEC. SCHEMA FOLFIRINOX

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

Lateraltà 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):

☒ E' stato inoltre fornito al/la paziente, ovvero a chi esercita la potestà 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 ne esercita la potestà 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: \_\_\_\_\_

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:**

Dr. \_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_

## MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

R01/PA24  
Rev. 10  
Pag. 2/2  
Data di applicazione:  
12.05.2016

Ho ben compreso quanto fino a 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 E' 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 E' 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 esercita la tutela,**  
verificata la 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 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 incapace di intendere e volere)


**Firma dei genitori o di esercita la tutela,** verificata la 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:

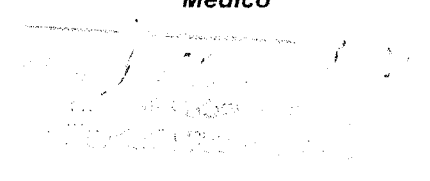
 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Ospedaliera - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi	<b>COLLOQUIO INFORMATIVO</b>	U.O./STRUTTURA CODICE NOSOLOGICO/altro identificativo paziente
---	------------------------------	--

DATI PAZIENTE	
COGNOME	NOME
DATA E LUOGO DI NASCITA a:	
TRATTAMENTO SANITARIO PROPOSTO <i>CLAPAU B</i>	
SEDE E LATERALITA' (organo, parte anatomica interessata, tipo di accesso, ect)	

TIPOLOGIA DI INFORMAZIONI FORNITE (contrassegnare la tipologia)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Indicazione (motivazione) del trattamento proposto e risultato/beneficio atteso
<input checked="" type="checkbox"/>	Modalità e tecniche di esecuzione del trattamento (specificare anche se necessaria anestesia, uso di Radiazioni ionizzanti, ecc)
<input checked="" type="checkbox"/>	Eventuali rischi e/o complicanze prevedibili nel caso specifico (anche quelli anestesilogici e/o legati all'eventuale uso di radiazioni ionizzanti, ecc)
<input checked="" type="checkbox"/>	Eventuali possibili alternative al trattamento proposto (prevedibili benefici/rischi comparati al trattamento proposto)
<input checked="" type="checkbox"/>	Conseguenze prevedibili della mancata esecuzione del trattamento proposto
<input checked="" type="checkbox"/>	Altri eventuali aspetti trattati (specificare):

Inoltre (contrassegnare l'opzione attuata)	
<input checked="" type="checkbox"/>	E' stato inoltre fornito al/la paziente, ovvero a chi esercita la responsabilità genitoriale, ovvero al rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatore) materiale informativo appositamente predisposto dall'Unità Operativa relativamente al trattamento proposto.
<input type="checkbox"/>	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 ne esercita la responsabilità genitoriale, ovvero il rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatore).

Il colloquio informativo si è svolto in data
--

<b>Firma</b> <input checked="" type="checkbox"/> Il/la paziente <i>[firma]</i> <input type="checkbox"/> Il/I Genitore/i _____ <input type="checkbox"/> L'amministratore di sostegno _____ <input type="checkbox"/> Il Tutore _____ <input type="checkbox"/> Il Curatore _____ <input type="checkbox"/> Alla presenza di (*) _____	<b>Firma e Timbro del Medico</b> 
---	---

In caso di necessità di ulteriori informazioni/questiti, è possibile rivolgersi al n. telefonico .....
--

Il/la paziente ha espresso la necessità di ulteriori colloqui informativi?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------	--

Data di svolgimento di ulteriori colloqui	Firma Medico	Firma Paziente

\* Familiare, caregiver o Persona di fiducia che il/la paziente ha eventualmente incaricato di poter ricevere informazioni ed esprimere eventuale consenso (anche in sua vece) nel caso in cui decida di non voler essere informato in merito alle proprie condizioni di salute. Registrare chiaramente in cartella clinica la volontà espressa dal paziente in tal senso e le generalità della persona incaricata (art 1, comma 3 Legge 219/2017).

REGIONALE Università di Bologna Malpighi	<b>CONSENSO/DISSENSO/REVOCA</b>	R01/PA24 Rev. 11 Pag. 2/2
--	---------------------------------	---------------------------------

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

quipe curante ed in particolare del Dott. \_\_\_\_\_ nel corso del  
informativo

<input checked="" type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b>	ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DEL TRATTAMENTO SANITARIO CHE E' STATO PROPOSTO (specificare)
<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b>	ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DEL TRATTAMENTO SANITARIO CHE E' STATO PROPOSTO, ESSENDO STATO/A ADEGUATAMENTE INFORMATO/A E DUNQUE CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE DI SALUTE CHE POSSONO DERIVARE DA QUESTO DISSENSO

**Firma**

- ☒ II/ La paziente \_\_\_\_\_  
☐ II/I Genitore/i \_\_\_\_\_  
☐ L'amministratore di sostegno \_\_\_\_\_  
☐ Il Tutore \_\_\_\_\_  
☐ Il Curatore \_\_\_\_\_  
☐ Persona di fiducia\* \_\_\_\_\_

(ai sensi dell'art 1. comma 3 Legge 219/2017).

**Firma e Timbro del  
Medico**

data

<b>REVOCA DEL CONSENSO</b>	CONSAPEVOLE DEI POSSIBILI RISCHI PER LA SALUTE, DICHIARO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO IN PRECEDENZA PRESTATO AL TRATTAMENTO SANITARIO PROPOSTO
----------------------------	--

**Firma**

- ☐ II/ La paziente \_\_\_\_\_  
☐ II/I Genitore/i \_\_\_\_\_  
☐ L'amministratore di sostegno \_\_\_\_\_  
☐ Il Tutore \_\_\_\_\_  
☐ Il Curatore \_\_\_\_\_  
☐ Persona di fiducia\* \_\_\_\_\_

(ai sensi dell'art 1. comma 3 Legge 219/2017).

**Firma e Timbro del  
Medico**

data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_