

MODULO ACQUISIZIONE CONSENSO INFORMATO - ADULTO

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: 12 / 10 / 39 Luogo di nascita: _____

Dichiaro di essere stata/o informata/o dal dr. _____ che verrò sottoposto a _____ (indicare sito/lato ove indicato)
Pe _____

Le indicazioni alla procedura diagnostico/terapeutica, le modalità di esecuzione, i rischi, le complicanze, le eventuali alternative terapeutiche e le conseguenze di un eventuale rifiuto mi sono stati illustrati e sono schematicamente sintetizzati nel foglio informativo che mi è stato consegnato e che ho letto.

Sono stato inoltre informata/o che, qualora se ne manifesti la necessità la procedura potrebbe essere modificata in

- 2) POSSIBILE CONVERSIONE LAPAROTOMICA
3) _____

Ho potuto richiedere al medico chiarimenti e precisazioni che mi sono state puntualmente date ed ho concluso il colloquio avendo ben compreso ogni cosa. Infine sono stata/o informata/o di poter rifiutare ogni informazione in merito alla/e procedura/e proposta/e, pur acconsentendo alla esecuzione.

L'informazione al consenso è avvenuta attraverso l'intervento di mediatore/interprete:

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: ____/____/____ Luogo di nascita: _____

da compilare dal paziente

Consento di essere sottoposta/o alle procedure sopra indicate **non consento** di essere sottoposta/o alle procedure sopra indicate

Consento di essere sottoposta/o solo alla procedura (_____) Dichiaro inoltre di rifiutare ogni informazione

Per le donne in età fertile: Dichiaro di essere in stato di gravidanza sì no non noto

_____ Firma del medico _____
data 17-4-21 ora 10.00

REVOCA DEL CONSENSO:
Dichiaro di revocare il consenso Firma _____ data _____
ora _____
NB. Il consenso dato può essere revocato sino al momento immediatamente precedente l'esecuzione della procedura

Io sottoscritto Dr.: _____ dichiaro che il giorno _____
alle ore: _____ ho rilevato la impossibilità di acquisire il consenso alla procedura da parte della
persona assistita a causa di: Incapacità temporanea a seguito di patologia acuta Deficit cognitivi
che non permettono la comprensione delle informazioni.
Nel diario clinico sono riportate alla data odierna, le informazioni che sono state date ai familiari e il loro parere. Sono altresì indicate le motivazioni che rendono necessaria l'esecuzione della procedura.
Data _____ ora _____ Firma del Medico _____