

	ATTESTAZIONE di VOLONTA' per PRESTAZIONE SANITARIA (informativa allegata)	Etichetta
		Nome: _____
		Data nascita _____

Io sottoscritto/a _____, oggi: data _____ ora 8.00
durante il colloquio con il Dott. _____
sono stato informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto a:

Intervento chirurgico di asportazione di sospetto sarcoma

Mi sono state fornite spiegazioni, anche con il supporto dell'informativa scritta qui allegata, su tutti i seguenti aspetti:

- diagnosi o sospetto diagnostico
- scopi e benefici della prestazione proposta
- possibilità di alternative
- rischi prevedibili legati all'esecuzione e possibili complicanze
- possibili varianti nell'esecuzione
- rischi prevedibili legati alla non esecuzione
- possibili problemi di recupero

Avendo compreso quanto spiegato, ed avendo altresì compreso che la prestazione cui sarò sottoposto NON rappresenta una sperimentazione[§], decido liberamente e consapevolmente di:

1. **Acconsentire** ☒ (o **Non acconsentire** ☐) ad essere sottoposto alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'informativa specifica
2. **Autorizzo** ☒ (o **Non autorizzo** ☐) all'utilizzo – sia in forma cartacea che elettronica - a scopo didattico e/o scientifico (pubblicazioni scientifiche, statistiche e convegni scientifici, futuri protocolli di ricerca clinici retrospettivi), dei miei dati clinici e dell'eventuale documentazione iconografica che riguardi la mia persona, che, in ogni caso, dovranno essere gestiti e custoditi in formato anonimo e nel pieno rispetto di quanto le Leggi prevedono.

Dichiaro di aver ricevuto copia dell'informativa scritta specifica per la prestazione in oggetto. Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento. Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

Firma paziente (o chi ne fa le veci)* _____

Nome e Cognome di chi ne fa le veci* _____

Firma leggibile di chi esegue la prestazione _____

Consenso ottenuto con l'ausilio di: ☐ Sistema aziendale Traduzioni
☐ Interprete *Firma interprete* _____

Il sottoscritto Dott. _____ dichiara che
il/la Sig./a _____ è in attuale pericolo di vita,
non è nelle condizioni psicofisiche di poter esprimere il proprio consenso e non è al momento reperibile altra persona che validamente possa prestarlo al posto suo.

Data _____ ora _____ Timbro e Firma del Medico _____