

	Struttura Organizzativa	Codice	Revisione	Pagina
	Informativa e consenso informato Titolo	INF.....	0	1 di 1

Titolo (Century Gothic 20)

Questa scheda contiene le informazioni sul trattamento che Le è stato proposto. E' invitato comunque, prima di sottoporsi al trattamento, a chiedere al medico ogni particolare che non le sia chiaro.

- **In cosa consiste** (Descrivere con parole *SEMPLICI* ed in modo conciso)
- **Come si esegue** (Descrivere con parole *SEMPLICI* ed in modo conciso; fare cenno anche alle prevedibili variazioni di tecniche al cambiare delle condizioni cliniche)
- **Rischi e possibili complicanze** (se ce ne sono, e spiegare **brevemente** come risolvibili)
- **Controindicazioni** (se ce ne sono)
- **Alternative possibili** (se ce ne sono)
- **Risultati attesi** (per esempio può essere prevista una parziale risoluzione del problema, ecc)
- **Indicazioni post procedura** (Esempio: cosa viene consegnato prima di lasciare l'ambulatorio, quanti controlli saranno necessari, cosa si può fare e cosa non si può fare, alimentazione consigliata, eventuali medicazioni...)
- **Come fare se** (Esempio: in quali situazioni contattare il medico e/o l'equipe,...)
- **Note:** (a discrezione del professionista se situazioni particolari)

.....

Firma del/della paziente o legale rappresentante

Firma del medico

Firma esercenti la responsabilità genitoriale

Firma soggetto giuridicamente legittimato (fiduciario)

Data...../...../.....



Io sottoscritto/a.....sono stato/a informato/a dal Dr. della natura della patologia di cui sono affetto/a, delle modalità di svolgimento della procedura che mi è stata consigliata, delle alternative terapeutiche, dei verosimili risultati attesi, nonché delle possibili complicanze ad essa conseguenti. Ho avuto a disposizione tempo ed attenzione sufficienti per porre domande ed ottenere ulteriori chiarimenti, pertanto:

ACCONSENTO all'esecuzione della procedura propostami. NON ACCONSENTO all'esecuzione della procedura propostami.

Firma del/della paziente o legale rappresentante

Firma del medico

data/...../.....