

Modulo generico acquisizione del consenso informato per l'esecuzione dell'atto sanitario diagnostico/assistenziale/di prevenzione e di riabilitazione¹

In data _____ alle ore _____ il/la Dott. _____ mi ha proposto un colloquio informativo sul seguente trattamento sanitario consigliato nel mio caso:

intervento chirurgico (specificare): _____

procedura invasiva (specificare): _____

esame diagnostico invasivo (specificare): _____

Il colloquio si è svolto:

in fase di ricovero

durante una visita ambulatoriale

durante la preospedalizzazione

A seguito della visita medica effettuata si riportano in sintesi le seguenti informazioni:

Situazione obiettiva riscontrata: _____

Descrizione dell'intervento medico ritenuto necessario e dei rischi derivanti dalla mancata effettuazione dello stesso: _____

Eventuali alternative diagnostiche e/o terapeutiche: _____

Tecniche e/o materiali impiegati: _____

Benefici derivanti: _____

Rischi derivanti: _____

Eventuali complicanze o esiti: _____

Comportamenti che il paziente deve seguire per evitare complicanze successive all'atto medico: _____

EVENTUALI ULTERIORI OSSERVAZIONI DEL/LA PAZIENTE/AVENTE DIRITTO: _____

OSSERVAZIONI CLINICHE: _____

Nel corso del colloquio informativo io sottoscritto/a _____ sono stato/a informato/a dal/la Dott. _____ della natura della patologia da cui sono affetto/a, delle alternative terapeutiche, delle modalità di effettuazione della procedura in oggetto, dei verosimili risultati attesi, delle possibili complicanze, nonché delle alternative terapeutiche. Sono stato/a inoltre informato/a della possibilità che siano effettuate riprese

¹ Il presente modulo è da utilizzare SOLO in assenza di specifica scheda informativa dedicata all'atto sanitario diagnostico/assistenziale/di prevenzione e di riabilitazione.

fotografiche o video per scopi scientifici, di cui ho facoltà di acquisire copia. Ho avuto a disposizione tempo ed attenzione sufficienti per porre domande ed ottenere ulteriori chiarimenti, pertanto

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'esecuzione del trattamento proposto.

DICHIARO altresì di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento

Firma del/della paziente o del soggetto giuridicamente legittimato (incaricato) _____

Firma del/degli esercente/i la responsabilità genitoriale _____

Firma del medico _____

Nel caso in cui il paziente risulti capace di comprendere, ma si trovi nella impossibilità di apporre la sua firma, saranno necessari due testimoni esterni al gruppo di lavoro (familiari o altri designati in privacy) o nel caso di non vedente.

Nome e Cognome del testimone _____

Firma _____

Nome e Cognome del testimone _____

Firma _____

Data _____