


Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Pavia	MODELLO CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO MOD02.727.DID03.52702/PRO.05	Ed. 1 Rev. 06 Gennaio 2019
--	--	---

Dati paziente o Etichetta:

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita ____/____/____

Il sottoscritto/a, in qualità di

Paziente : Nome e cognome _____

Rappresentante legale: amministratore di sostegno tutore/curatore

Nome e cognome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/____
Come da provvedimento del Giudice Tutelare allegato

Genitori

I° **Genitore** : Nome e cognome _____ Data di nascita ____/____/____

II° **Genitore** : Nome e cognome _____ Data di nascita ____/____/____

Presenza di interprete : no si (nome e cognome) _____

Consapevole delle necessità di essere sottoposto/sottoporre il pz. all'atto sanitario
*(specificare: terapia medica, intervento chirurgico, procedura diagnostico terapeutica e specificare sito anatomico e lato di
 effettuazione):*


_____ *(compilare **sempre** a cura del Medico)*

Per la patologia *(indicare la patologia che richiede gli accertamenti diagnostici o gli atti terapeutici)*

Dichiaro di essere stato/a informato/a dal Dr/Dr.ssa _____ *(stampatello)*

In modo comprensibile esaustivo ed adeguato, attraverso colloquio e materiale informativo consegnatomi, in merito a:

- l'atto sanitario sopra indicato, consigliato per la cura e/o migliorare la prognosi, i relativi rischi e vantaggi, le eventuali conseguenze temporanee o permanenti e la modalità di effettuazione,
- la possibilità di dover modificare o ampliare il trattamento, così come già programmato, di fronte a situazioni impreviste e al momento difficilmente prevedibili
- le probabilità di successo ed i potenziali benefici
- i potenziali rischi e le possibili complicanze prevedibili, comprese quelle infettive e la loro probabilità di verificarsi

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Pavia	MODELLO CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO MOD02.727.DID03.52702/PRO.05	Ed. 1 Rev. 06 Gennaio 2019
--	--	---

- i possibili esiti in caso di rifiuto della procedura proposta
- le possibili alternative alla procedura, i relativi benefici e rischi
- la possibilità di revocare il consenso in qualunque momento
- le condizioni cliniche o fisiologiche che possono influire sugli esiti o determinare complicazioni o rappresentare fattori di rischio aggiuntivi (patologie, allergie, terapie farmacologiche, gravidanza ecc.)

_____ (compilare **sempre** a cura del medico)

Preso atto della situazione illustrata, confermo di aver compreso le informazioni ricevute e pertanto:

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**

Con scelta attuale e spontanea, all'atto sanitario propostomi

AFFERMO:

- di aver ben compreso tutto ciò che è stato spiegato sia in ordine alle condizioni cliniche, sia ai rischi connessi all'atto sanitario, sia a quelli che potrebbero derivare in caso di rifiuto e di essere pienamente cosciente, consapevole e libero/a nelle scelte che attengono alla mia persona/al mio assistito
- di aver ricevuto materiale informativo

La presente firma conferma che il consenso o il rifiuto all'atto proposto è espresso dal sottoscritto/a e che il presente modulo è conforme all'andamento del colloquio/i avuti con il /i medico/i e con l'informativa ricevuta Data ____/____/____

Firma dell'interessato : _____

Firma 1° Genitore _____ Firma 2° Genitore _____

Firma, timbro o matricola del Medico _____

Eventuale interprete/testimone (nome, cognome e firma) _____

In caso di revoca successiva del consenso:

Il sottoscritto _____

REVOCA

il proprio consenso al trattamento sanitario proposto Data ____/____/____ ora ____

Firma dell'interessato _____

Firma 1° Genitore _____ Firma 2° Genitore _____

Firma, timbro o matricola del Medico _____

Eventuale interprete/testimone (nome, cognome e firma) _____