



DATI RELATIVI AL/LA PAZIENTE

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

UNITÀ OPERATIVA _____

Diagnosi o indirizzo diagnostico:

Atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo

Si procede ad effettuare l'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo invocando lo stato di necessità in quanto il/la paziente è impossibilitato/a ad esprimere il consenso ovvero in assenza di chi possa legalmente esprimerlo (in tale ipotesi si interrompe a questo punto la compilazione del modulo).

INFORMAZIONI FORNITE

- Al/la paziente
- all'incaricato dal paziente Sig./ra _____ (v. modulo di rifiuto all'informazione allegato)

Sono state fornite tutte le informazioni relative a:

1. Diagnosi od orientamento diagnostico;
2. Indicazione e scopo del trattamento in termini di prognosi e aspettative migliorative;
3. Modalità di esecuzione dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo (es. partoanalgesia);
4. Tipo di anestesia (se prevista);
5. Eventuali rischi e/o complicanze (anche in riferimento all'eventuale concomitanza di altre patologie);
6. Eventuali alternative diagnostico-terapeutiche al trattamento proposto (comprese loro aspettative migliorative e rischi e complicanze);
7. Conseguenze prevedibili alla mancata esecuzione dell'atto diagnostico e/o terapeutico e/o riabilitativo proposto;
8. Accertamenti diagnostici/visite/terapie necessarie prima e dopo il trattamento ed eventuali indicazioni di comportamento da seguire.

Inoltre (segnare l'opzione attuata):

E' stato fornito al/la paziente / ovvero a chi esercita la potestà genitoriale / ovvero al rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatore) / ovvero alla persona incaricata dal paziente, materiale informativo relativo alla procedura proposta appositamente predisposto dall'U.O., del quale viene trattenuta copia controfirmata in cartella clinica.

In assenza di materiale informativo appositamente predisposto, si annota in cartella clinica (o in altra documentazione sanitaria) la sintesi delle informazioni trasmesse verbalmente durante il colloquio, facendo firmare per presa visione il/la paziente, ovvero chi esercita la potestà genitoriale, ovvero il rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatore), ovvero la persona incaricata dal/la paziente di ricevere le informazioni ed esprimere il consenso in sua vece.

In caso di ulteriori necessità informative o spiegazioni, può rivolgersi all'Unità Operativa contattando il/i seguente/i numero/i telefonico/i _____, dalle ore _____ alle ore _____ o contattare il/la Dott./ssa _____

EVENTUALI ANNOTAZIONI:

Data ___/___/_____

Firma e timbro del Medico _____



ESPRESSIONE DEL CONSENSO

HO BEN COMPRESO QUANTO MI È STATO SPIEGATO DAL DOTT. _____

QUINDI ACCONSENTO

ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ATTO TERAPEUTICO
E/O DIAGNOSTICO E/O RIABILITATIVO PROPOSTO

Che verrà effettuato da: componenti dell'équipe consulente esterno

Data ___/___/_____

Firma dell/la paziente (se maggiorenne e capace di intendere e volere) _____

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela, verificata la loro identità (in caso di pz minorenni)

Firma del tutore o curatore o amministratore di sostegno (verificata la sua identità e acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela o amministrazione di sostegno)

Firma della persona incaricata dal paziente (acquisita la volontà in tal senso dal paziente su apposito modulo allegato al presente e verificata la sua identità)

NEGAZIONE DEL CONSENSO

HO BEN COMPRESO QUANTO MI È STATO SPIEGATO DAL DOTT. _____

MA NON ACCONSENTO

ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ATTO TERAPEUTICO
E/O DIAGNOSTICO E/O RIABILITATIVO CHE MI È STATO PROPOSTO

Sono, in particolare, stato/a adeguatamente informato/a su quali conseguenze possono derivare dal mio rifiuto all'esecuzione dell'atto medico proposto.

Data ___/___/_____

Firma dell/la paziente (se maggiorenne e capace di intendere e volere) _____

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela, verificata la loro identità (in caso di pz minorenni)

Firma del tutore o curatore o amministratore di sostegno (verificata la sua identità e acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela o amministrazione di sostegno)

Firma della persona incaricata dal paziente (acquisita la volontà in tal senso dal paziente su apposito modulo allegato al presente e verificata la sua identità) _____

Trattandosi di **soggetto impossibilitato a sottoscrivere questo modulo**, la volontà del paziente / genitori o di chi esercita la tutela / tutore o curatore o amministratore di sostegno / persona incaricata dal paziente è stata acquisita mediante videoregistrazione o dispositivi finalizzati al superamento dell'eventuale disabilità, che andranno inseriti nella documentazione sanitaria.

Firma e timbro del Medico _____