



Gentilissima Signora/Illustre Signore,

quello che Le viene oggi proposto è un trattamento diagnostico che comporta per la Sua salute un rischio superiore rispetto a quello generico di tutte le attività assistenziali di base.

È suo diritto pertanto avere tutte le informazioni necessarie che le permettano di comprendere:

- Quale è lo scopo del trattamento e quindi quali sono i benefici previsti
- Quali sono i possibili rischi e gli inconvenienti a cui potrebbe andare incontro
- Come viene eseguito l'intervento e quali sono le sue possibili alternative
- Quali possono essere le conseguenze del mancato trattamento
- Quanto tempo dura in genere il trattamento e quali sono le precauzioni che si debbono prendere dopo di esso.

Per raggiungere questi obiettivi Le viene consegnata questa scheda, che contiene le informazioni riferite al trattamento che oggi Le viene proposto.

La scheda informativa potrebbe contenere alcune indicazioni tecniche che possono non essere facilmente comprensibili. Per questa ragione La preghiamo di chiedere ulteriori spiegazioni nel corso del colloquio informativo durante il quale Le daremo informazioni personalizzate che si riferiscono specificamente alla sua situazione clinica e risponderemo a tutte le domande che Lei ci porrà.



Ospedale
Fatebenefratelli e Oftalmico

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

**AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE
FATEBENEFRAPELLI SACCO**

Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico
P.zza Principessa Clotilde, 3 - 20121 Milano
S.C. Nefrologia e Dialisi
Direttore: Prof. A. Genderini

Se al termine di questo colloquio Lei si riterrà sufficientemente informato sul provvedimento che Le proponiamo, Lei potrà decidere in modo consapevole se dare o meno il Suo consenso a sottoporsi al provvedimento stesso.

A meno che il trattamento non risulti urgente, Le verrà lasciato tutto il tempo che Lei riterrà necessario per decidere.

Prima di dare o meno il Suo consenso, Lei ha diritto a chiedere consigli al Suo medico di fiducia e La preghiamo vivamente di tenerlo informato.

Sarà invitato a firmare il modulo prima di essere sottoposto all'atto medico, ma potrà in ogni caso ritirare il Suo consenso in qualsiasi momento anche dopo la firma.

Milano, li _____

Il Medico _____