

Modulo per l'acquisizione del CONSENSO INFORMATO

MA SQ-02/PA SQ-15
Rev. 4 del 13.12.2016
Pag. 1 / 3

PAZIENTI MINORI

Noi sottoscritti(*) madre _____ padre _____

del/della minore _____ nato/a il _____
che è stato/a informato/a ed a cui è stato chiesto parere, compatibilmente con l'età, il grado di maturità e la capacità
di comprendere quanto gli/le sta accadendo

dichiariamo

di essere stati informati dal dr. _____ che

nostro/a figlio/a verrà sottoposto/a a: *trattamento proposto*) _____

(*indicare sito*) _____ (*lato ove pertinente*) ☐ destro ☐ sinistro

per(*diagnosi*) _____

eseguito da (*ove possibile*) _____

Il tipo di procedura, le sue finalità, i benefici le sue modalità di esecuzione, i rischi e le complicanze, le probabilità di successo, le eventuali alternative terapeutiche, i possibili problemi relativi al recupero o alla piena guarigione e le conseguenze di un eventuale rifiuto ci sono stati illustrati in un colloquio e sono schematicamente sintetizzati nel materiale informativo che ci è stato consegnato, che abbiamo letto e compreso.

Siamo stati inoltre informati che, qualora se ne manifesti la necessità, questa procedura potrebbe essere modificata in:

Abbiamo chiesto al medico chiarimenti e precisazioni che ci sono state puntualmente date ed abbiamo concluso il colloquio avendo ben compreso ogni cosa. Infine siamo stati informati di poter rifiutare ogni informazione in merito alla/e procedura/e proposta/e, pur acconsentendo alla esecuzione.

Sono/siamo stato/i altresì informato/i di poter revocare il consenso dato in qualsiasi momento.

- ☐ **Acconsento/acconsentiamo** che nostro/a figlio/a sia sottoposto/a alle procedure sopra indicate
☐ **Non acconsento/non acconsentiamo** che nostro/a figlio/a sia sottoposto/a alle procedure sopra indicate
☐ **Acconsento/acconsentiamo** che nostro/a figlio/a sia sottoposto/a solo alla procedura (_____)
☐ Il consenso è avvenuto con intervento di un mediatore/interprete di lingua _____

Stato di gravidanza ☐ sì ☐ no ☐ non noto (*per la minore che abbia raggiunto l'età fertile*)

firma della madre _____ firma del padre _____

firma del medico (*leggibile e matricola*) firma del medico esecutore (*leggibile e matricola*) data _____ ora _____

Consenso alla Trasfusione di Sangue (EMOCOMPONENTI e/o EMODERIVATI)

Noi sottoscritti madre _____ padre _____

del/la minore _____ nato/a il _____

dichiariamo

di essere stati informati dal Dott. _____ che per le condizioni cliniche di nostro/a figlio/a potrebbe essere necessaria la trasfusione di sangue e/o di emocomponenti e/o di emoderivati e che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi. Abbiamo compreso quanto ci è stato spiegato sia in ordine alle condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla trasfusione come a quelli che potrebbero derivare se nostro figlio/a non fosse sottoposto a trasfusione.

☐ **Acconsentiamo** ☐ **Non acconsentiamo** che nostro/a figlio/a sia sottoposto alla trasfusione e/o alla somministrazione di emocomponenti e/o emoderivati necessari per tutta la durata della terapia.

firma della madre _____

firma del padre _____

firma del medico (*leggibile e matricola*) _____

Dichiaro/dichiariamo di **revocare il consenso**

Firma madre _____ Firma padre _____ data _____ ora _____

Modulo per l'acquisizione del CONSENSO INFORMATO

MA SQ-02/PA SQ-15
Rev. 4 del 13.12.2016
Pag. 2 / 3

PAZIENTI MINORI

NB. Il consenso dato può essere revocato sino al momento immediatamente precedente l'esecuzione della procedura
(*)Nella impossibilità di avere le firme di entrambi i genitori, è necessaria l'autocertificazione che attesti anche il consenso del genitore assente

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____

Tutore legale di _____ nato/a il _____

dichiaro

di essere stato/a informato/a dal dr. _____ che il/la rappresentato/a sarà sottoposto/a a:

- ☐ **Accenso** che il/la minore sia sottoposto/a alle procedure sopra indicate
☐ **Non accenso** che il/la minore sia sottoposto/a alle procedure sopra indicate
☐ **Accenso** che il/la minore sia sottoposto/a solo alla procedura(_____)

Dichiaro di **revocare il consenso** Firma legale rappresentante _____

data _____ ora _____

NB. Il consenso dato può essere revocato sino al momento immediatamente precedente l'esecuzione della procedura

DICHIARAZIONE MOTIVAZIONE DI ASSENZA DI UNO DEI GENITORI

(da compilarsi nei pazienti minorenni in caso di assenza di uno dei genitori)

Io sottoscritto _____ nato/a il _____

dichiara

-di essere genitore del/la minore _____ nato/a il _____

-di essere stato informato delle disposizioni del Codice Civile che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni

-che il mio stato civile è il seguente: ☐ coniugato/a ☐ vedovo/a ☐ separato/a

☐ divorziato/a, in situazione di: ☐ affidamento congiunto ☐ genitore affidatario ☐ genitore non affidatario

-che, ai fini dell'applicazione dell'art.317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per : ☐ lontananza ☐ impedimento ☐ altro _____

-che, ai fini dell'applicazione della Legge 8/2/06 n.54 art.1, limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito:

☐ **che il sottoscritto esercita la potestà separatamente**

☐ **altro** _____

Luogo e data _____ Il/La dichiarante _____

Modulo per l'acquisizione del CONSENSO INFORMATO

PAZIENTI MINORI

MA SQ-02/PA SQ-15

Rev. 4 del 13.12.2016

Pag. 3 / 3

La presente istanza è stata sottoscritta dall'interessato in presenza di: _____

(firma del medico)