

Modulo per l'acquisizione del CONSENSO INFORMATO

MA SQ-01/PA SQ-15
Rev. 5 del 13.12.2016
1/2

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____

(Cognome e nome)

dichiaro

di essere stata/o informata/o dal Dr. _____ che verrò 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 mi sono stati illustrati in un colloquio e sono schematicamente sintetizzati nel materiale informativo che mi è stato consegnato, che ho letto e compreso.

Sono stato inoltre informato/a che, qualora se ne dovesse manifestare la necessità, questa procedura potrebbe essere modificata in _____

Ho chiesto al medico chiarimenti e precisazioni che mi sono state puntualmente date ed ho concluso il colloquio avendo ben compreso ogni cosa. Infine sono stato/a informato/a di poter rifiutare ogni informazione in merito alla/e procedura/e proposta/e, pur acconsentendo alla esecuzione, e delegare altri ad acquisirle. Sono stato/a altresì informato/a di poter revocare il consenso dato in qualsiasi momento.

- ☐ **Accenso** ad essere sottoposto/a alle procedure sopra indicate
☐ **Non accenso** ad essere sottoposto/a alle procedure sopra indicate
☐ **Accenso** ad essere sottoposto/a solo alla procedura (_____)
☐ **Rifiuto ogni informazione**
☐ Il consenso è avvenuto con intervento di un mediatore/interprete di lingua _____

Stato di gravidanza ☐ sì ☐ no ☐ non noto (per le donne in età fertile)

firma del paziente _____

firma del medico (leggibile e matricola) _____

data _____ ora _____

firma del medico esecutore (leggibile e matricola) _____

Consenso alla Trasfusione di Sangue (EMOCOMPONENTI E/O EMODERIVATI)

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____
(Cognome e nome)

dichiaro

di essere stato informato/a dal Dott. _____ che per le mie condizioni cliniche potrebbe essere necessaria la trasfusione di sangue e di emocomponenti e/o di emoderivati e che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi. Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato sia in ordine alle mie condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla trasfusione come a quelli che potrebbero derivarmi se non mi sottoponessi alla trasfusione.

☐ **Accenso** ☐ **Non accenso** ad essere sottoposto alla trasfusione e/o alla somministrazione di emoderivati necessari per tutta la durata della terapia.

firma del paziente _____

firma del medico (leggibile e matricola) _____

data _____ ora _____

Dichiaro di **revocare il consenso** firma _____ data _____ ora _____

Modulo per l'acquisizione del CONSENSO INFORMATO

MA SQ-01/PA SQ-15
Rev. 5 del 13.12.2016
2/2

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

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____

Rappresentante legale di _____

dichiaro

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

- ☐ **Acconsento** che il/ la Sig. sia sottoposto/a alla/e procedura/e sopra indicate
☐ **Non acconsento** che il/ la Sig. sia sottoposto/a alla/e procedura/e sopra indicate
☐ **Acconsento** che il/ la Sig. sia sottoposto/a solo alla procedura(_____)

firma del Rappresentante legale

firma del medico (*leggibile e matricola*)

data _____ ora _____

firma del medico esecutore (*leggibile e matricola*)

Conferma del Consenso alla Partoanalgesia

Io sottoscritta _____ nata il _____
(Cognome e nome)

dichiaro

- di essere stata sottoposta a valutazione anestesiológica finalizzata all'esecuzione della partoanalgesia presso _____;
- di essere stata correttamente informata relativamente a rischi, benefici e complicanze della suddetta procedura;
- di confermare il consenso già prestato presso la struttura sopra indicata.

firma del paziente

firma del medico (*leggibile e matricola*)

data _____ ora _____

Modulo per l'acquisizione del CONSENSO INFORMATO

MA SQ-01/PA SQ-15
Rev. 5 del 13.12.2016
3/2

NB: Compilare solo il/i consenso/i della/e procedure alla/e quale/i il paziente deve essere sottoposto ed annullare gli altri barrandoli.