

**CONSENSO INFORMATO PER MINORI (Età <18 anni)**

PBU-MP-010

Etichetta barcode

**IN QUALITÀ DI** **PADRE**, lo sottoscritto ..... nato il ...../...../..... a.....*Cognome e nome*

residente a ..... in via ..... Doc. identità N°: .....

 **MADRE**, lo sottoscritta ..... nata il ...../...../..... a.....*Cognome e nome*

residente a ..... in via ..... Doc. identità N°: .....

 **TUTORE/RAPPRESENTANTE LEGALE** (vedi allegato\*), lo sottoscritto/a .....*Cognome e nome*

nato/a il ...../...../..... a ..... residente a .....

in via ..... Doc. identità N°: .....

**DEL MINORE** ..... *Cognome e nome*

nato/a il ...../...../..... a .....

Doc. identità N° (se età ≥ 14 anni) .....

**DICHIARO**

- di essere stato informato/a in maniera chiara, completa e comprensibile dal Dott. .... in merito

alla prestazione sanitaria di .....

alla quale sarà sottoposto il bambino affetto .....;

*diagnosi*

- di aver letto e compreso quanto illustrato nel **Foglio Informativo** allegato (cod.....) che mi è stato consegnato in cui sono riportati la tipologia della prestazione, i vantaggi attesi, gli eventuali effetti collaterali e/o i rischi possibili, le possibili alternative, le possibili conseguenze in caso la prestazione venisse rifiutata, le indicazioni per il follow-up;
- di aver potuto richiedere al medico chiarimenti e che tali chiarimenti mi sono stati forniti;
- di essere stato informato/a che in caso di inderogabili urgenze cliniche potranno rendersi necessari interventi addizionali o alternativi, già peraltro discussi nel corso del colloquio;
- di essere stato informato/a di poter rifiutare ogni informazione in merito alla procedura/e proposta/e pur acconsentendo alla esecuzione;
- di essere stato informato/a di poter revocare la scelta effettuata in qualsiasi momento precedente la prestazione;
- di essere stato informato/a che in questa Azienda Ospedaliera prestano servizio anche medici e altri professionisti non medici in formazione, che sotto la responsabilità di un tutore, potrebbero partecipare al Suo percorso diagnostico-terapeutico.

**E PERTANTO**

<input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b> alla/e procedura/e sopra indicate FIRMA DEL PADRE ..... FIRMA DELLA MADRE ..... FIRMA DEL MINORE CONSAPEVOLE ..... <small>(=&gt;14 anni)</small> FIRMA DEL TUTORE/RAPP. LEG ..... <input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b> soltanto alla procedura	<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b> alla/e procedura/e sopra indicate FIRMA DEL PADRE ..... FIRMA DELLA MADRE ..... FIRMA DEL MINORE CONSAPEVOLE ..... <small>(=&gt;14 anni)</small> FIRMA DEL TUTORE/RAPP. LEG ..... <input type="checkbox"/> <b>Dichiaro di rifiutare ogni informazione</b>
---	--

Per le donne in età fertile, su specifica richiesta medica: **STATO DI GRAVIDANZA**  SI  NO  NON NOTO

<input type="checkbox"/> <b>Dichiaro di REVOCARE il consenso</b>	DATA ...../...../..... Ora .....	Minore consapevole .....
Padre .....	Madre .....	Tutore/Rappresentante Legale .....

<b>Autocertificazione</b> <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre	FIRMA DEL MEDIATORE/INTERPRETE <small>se necessario</small> .....	<input type="checkbox"/> <b>Dichiaro di aver verificato la comprensione delle informazioni.</b> <b>FIRMA E MATRICOLA DEL MEDICO</b> .....	DATA ...../...../..... Ora .....
---	---	---	--

\* Allegare documento comprovante il relativo stato giuridico.