

| | | | |
|---|---|----------------------|-------------------|
|  | CONSENSO INFORMATO PER PAZIENTE IN CONDIZIONE DI INCAPACITA' | MOD04_IODsanT002_ORG | Pag. 1 di 1 |
| | | | Rev 05 |
| | | | Del 13.06.2018 |

UOC/UOS/Servizio _____

Presidio Ospedaliero S. Croce
 S. Salvatore
 Muraglia

COGNOME e NOME dell'assistito _____

Luogo e Data di nascita _____ CODICE FISCALE _____

ESAME/INTERVENTO IN REGIME DI URGENZA (specificare il tipo di esame/intervento)

ESAME/INTERVENTO PROGRAMMATO

(La parte sottostante è da **compilare unicamente** in caso di esame/intervento PROGRAMMATO)

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____

Nato a _____ il _____ Codice Fiscale _____

Informato in qualità di: **(1)**

TUTORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO ALTRO (specificare) _____

dell'Assistito sopra indicato

DICHIARA di avere ricevuto il modulo esplicativo contenente:

- indicazioni e vantaggi attesi dalla procedura e probabilità di successi;
- modalità e tempi di esecuzione (con esplicitazione degli eventuali sintomi indotti e possibili sequele "dolore" ecc);
- rischi e complicanze maggiormente attesi connessi alla procedura ed alle condizioni cliniche dell'assistito;
- trattamenti diagnostici- terapeutici alternativi;
- impossibilità di trattamenti in alternativa

DICHIARA di aver ricevuto chiarimenti alle proprie richieste e di avere compreso l'informazione ricevuta.

Per i motivi sopra riportati:

ACCETTA che l'assistito succitato sia sottoposto al trattamento sanitario

Il dichiarante _____ /_____/_____
(Cognome e Nome in stampatello) (Firma) (Data)

RIFIUTA che l'assistito succitato sia sottoposto al trattamento sanitario.

Il dichiarante _____ /_____/_____
(Cognome e Nome in stampatello) (Firma) (Data)

Firma del MEDICO di Unità Operativa _____ Data ____/____/____

(1) Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 DPR 18.12.2000, n. 445 - LEGGE 12 novembre 2011, n. 183 Legge di stabilità 2012, art 15), consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali di cui all'Art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false.

N.B. Allegare fotocopia di documento di identità, in corso di validità, del DICHIARANTE unitamente al documento di nomina formale dell'incarico rivestito.