

	<b>MODULO DI CONSENSO INFORMATO</b>	MOD01_IOdsanT002_ORG	Pag. 1 di 1
			Rev 05 Del 13.06.2018

Unità Operativa/Servizio \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Informato/a dal Dott. (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

su:

- situazione clinica obiettiva riscontrata
- descrizione dell'intervento ritenuto necessario e rischi derivanti dal rifiuto dell'atto sanitario
- eventuali alternative diagnostiche e/o terapeutiche
- tecniche e materiali impiegati
- benefici attesi
- rischi presunti
- eventuali complicanze
- comportamenti che dovrà seguire per evitare complicazioni successive
- possibilità di una propria revoca del consenso

### DICHIARO

di avere compreso l'informazione ricevuta relativa alla propria diagnosi di: \_\_\_\_\_

ed al trattamento sanitario proposto di: \_\_\_\_\_

per il quale esprimo consenso scritto.

Consegna della nota informativa:    **SI**     **NO**

\_\_\_\_\_

**accetto di sottopormi al trattamento sanitario propostomi**

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**rifiuto il trattamento sanitario propostomi**

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### SPAZIO RISERVATO ALLA VERIFICA DEL CONSENSO

Firma del **Medico** che ha informato il paziente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Medico che ha verificato il consenso/dissenso  
(Medico Esecutore) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_