

	MODULO DI CONSENSO INFORMATO	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 ____/____/____