

	MODULO DI CONSENSO INFORMATO SCRITTO	MOD01_PAqual002_ORG	Pag. 1 di 1
			Rev 1 Del 15/09/06

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE MARCHE
Azienda Ospedaliera “Ospedale San Salvatore”
Pesaro

Struttura Operativa/Servizio _____

Il sottoscritto _____ informato

dal Dott. _____ Cognome _____ Nome _____
in data ____/____/____
Cognome _____ Nome _____

Firma del **Medico** che ha informato il paziente _____

sulla natura della malattia da cui è affetto/a

da diagnosticare – trattare con _____ Diagnosi

_____ Denominazione tecnica

Ricevuto il modulo esplicativo riguardo:

- 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 e alle condizioni cliniche del paziente
- trattamenti diagnostici – terapeutici alternativi
- impossibilità di trattamenti in alternativa

Vengo altresì informato che:

Reso consapevole:

- che in alcuni casi (descritti nei fogli esplicativi) il trattamento una volta avviato non può essere interrotto senza pregiudicare l’attività assistenziale.

Valutate le informazioni ricevute e i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto mi è stato comunicato, **dichiaro quanto segue:**

- accetto di sottopormi al trattamento sanitario propostomi**
- rifiuto il trattamento sanitario propostomi**

Il Dichiarante _____ Firma _____ Data ____/____/____
(in stampatello) (nome e cognome)

SPAZIO RISERVATO ALLA VERIFICA DEL CONSENSO

Il Sanitario che ha verificato consenso/assenso _____ Data ____/____/____