



Regione Siciliana
Azienda Ospedaliero-Universitaria
"Policlinico-Vittorio Emanuele"
Catania

PRESIDIO OSPEDALIERO /
Unità Operativa /
Nome Responsabile

MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO nei pazienti con RIDOTTA attività di interrelazione e di autodeterminazione

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ (Prov. _____ |) il ____/____/____

Paziente con ridotte capacità di interrelazione e autodeterminazione a causa di

(indicare la condizione patologica del paziente che determina la riduzione della capacità di interrelazione e di autodeterminazione e ove condizioni e tempistiche lo permettano si consiglia anche di eseguire consulenza specialistica psichiatrica/psicologica a supporto e in questo caso annotare)

accertate mediante consulenza specialistica psichiatrica/psicologica clinica effettuata in data odierna.

Posta in essere la migliore strategia comunicativa (anche con l'ausilio dello specialista psichiatra/psicologo ove eseguita), il paziente è stato informato relativamente a

descrizione del trattamento clinico - diagnostico e/o terapeutico

Data ____ / ____ / ____

Firma del Medico che acquisisce il consenso
