



MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

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

DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI TITOLARI:

<input type="checkbox"/> GENITORI <small>(se paziente minorenne)</small>	<input type="checkbox"/> TUTORE <input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO <input type="checkbox"/> FIDUCIARIO
--	--

SOGGETTO 1:

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

SOGGETTO 2:

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

SINTESI SITUAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE E POSSIBILE EVOLUZIONE DELLA MALATTIA

Barrare se non pertinente

ATTO SANITARIO PROPOSTO:

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE

Dichiaro che in data ____/____/____ sono stato informato dal dott. _____
sull'atto sanitario proposto e mi è stato consegnato il seguente materiale informativo:

Opuscoli Schede Altro _____

e di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente riguardo allo scopo, ai potenziali benefici, alle possibili complicanze e alle alternative della procedura che mi è stata proposta per

(specificare la patologia) Barrare se non pertinente

e sulla possibilità che i sanitari curanti possano modificare quanto mi è stata proposto, qualora nel corso della esecuzione della procedura le mie condizioni lo impongano.

Altre informazioni fornite o richieste dal paziente:

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Pertanto liberamente, spontaneamente e in piena coscienza

accetto **non accetto**

il trattamento che mi è stato proposto.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso.

Osservazioni: _____

Data ____ / ____ / _____

Nominativo del Medico che acquisisce il consenso: _____

Firma dell'interessato/genitori/tutore/
amministratore di sostegno/fiduciario

Firma del Medico che acquisisce il consenso

Da compilarsi in caso di revoca del consenso precedentemente espresso

REVOCA DEL CONSENSO

Liberamente, spontaneamente e in piena coscienza dichiaro di revocare il consenso

Data ____ / ____ / _____

Firma dell'interessato/genitori/tutore/
amministratore di sostegno/fiduciario

Firma del Medico che acquisisce la revoca del consenso

Da compilarsi nei pazienti minorenni in caso di assenza di uno dei genitori

Dichiarazione motivazione assenza di uno dei genitori

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____ Nato/a _____ (Prov. ____)

il ____ / ____ / _____ residente a _____ (Prov. ____) Via _____ N. _____

DICHIARA

1. Di essere genitore del minore:

Cognome _____ Nome _____ Nato/a _____ (Prov. ____)

2. Di essere stato informato delle disposizioni del Codice Civile che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni.

3. Che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per: lontananza impedimento altro _____

4. Che, ai fini dell'applicazione della Legge 8/2/06 n. 54 art. 1, limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito:

che il sottoscritto esercita la potestà separatamente

altro _____

Luogo e data _____ //La dichiarante _____

La presente dichiarazione è stata: sottoscritta in presenza di:

(firma del medico)