



MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO PER PROCEDURE INFERMIERISTICHE INVASIVE

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

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

DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI TITOLARI:

<input type="checkbox"/> GENITORI <small>(se paziente minorenni)</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 ED INDICAZIONE ALLA PROCEDURA INFERMIERISTICA

PROCEDURA INFERMIERISTICA PROPOSTA:

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE

Dichiaro che sono stato informato dal dott. _____ (in data ____/____/____)
e dall'infermiere _____ (in data ____/____/____), 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 a lo scopo, i potenziali benefici, le
possibile complicanze e le alternative della procedura che mi è stata proposta per*

(specificare la patologia) Barrare se non pertinente

Altre informazioni fornite o richieste dal paziente:

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Pertanto liberamente, spontaneamente e in piena coscienza

accetto **non accetto**

La procedura che mi è stata proposta.

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

Osservazioni: _____

Data ____ / ____ / _____

Nominativo del Medico che acquisisce il consenso: _____

Nominativo dell'infermiere che acquisisce il consenso ed esegue la procedura: _____

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

Firma del Medico che acquisisce il
consenso

Firma dell'infermiere che acquisisce il
consenso ed esegue la procedura

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 _____ **Il/La dichiarante** _____

La presente dichiarazione è stata: sottoscritta in presenza di:

(firma del medico)