

MODULO DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO

UNITA' OPERATIVA	
DIRETTORE	

IL SOTTOSCRITTO _____ dovrà sottoporsi al trattamento sanitario
diagnostico e/o terapeutico di _____

A TAL FINE DICHIARA

di essere stato informato dal DR. _____, dirigente medico della Unità Operativa di
degenza/del Servizio ambulatoriale interessato, dei seguenti aspetti relativi al trattamento sanitario volontario
cui intende sottoporsi:

- **SCOPO DEL TRATTAMENTO;**
- **RISCHI/INCONVENIENTI ragionevolmente prevedibili per la persona;**
- **BENEFICI PREVISTI;**
- **MODALITA' DI INTERVENTO E/O ALTERNATIVE POSSIBILI;**
- **CONSEGUENZE DEL MANCATO TRATTAMENTO;**
- **DURATA DEL TRATTAMENTO e REGIME DI ASSISTENZA**
- **IL CONSENSO PUO' ESSERE RITIRATO IN QUALSIASI MOMENTO**

DICHIARA INOLTRE

- di aver ricevuto la nota informativa specifica per il trattamento proposto (mod.O/_____)
- che prima di esprimere il consenso al trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico ha avuto il **tempo necessario per decidere** e l'opportunità di chiedere eventualmente informazione ad un medico di fiducia;
- che tutte le domande poste hanno avuto **risposta soddisfacente**;
- **in caso di donna in età fertile (dal menarca fino a 50 anni), di poter escludere un eventuale stato di gravidanza.** (sì no non so).

FIRMANDO IL PRESENTE CONSENSO

- **autorizza** il trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di cui alla premessa;
- esprime consenso al **trattamento** dei dati personali e dei **dati** sensibili relativi alla propria persona nel rispetto della norma sulla privacy
- dispone che, in **caso di incapacità ed impossibilità** da parte del sottoscritto, ogni eventuale comunicazione vada effettuata al Sig/Sig.ra _____;

DATA ___/___/___

FIRMA PAZIENTE		FIRMA DEL TUTORE	
IN CASO DI MINORE	Il/la sottoscritto/a padre/madre dichiara di esercitare la potestà genitoriale e che l'altro genitore è informato.	FIRMA DEL GENITORE	

(Parte riservata al medico)

Dal colloquio avuto, è risultato che il paziente ha ricevuto le informazioni necessarie, avvalendosi del modulo di informativa ed ha espresso liberamente il suo consenso.

IL MEDICO* DR. _____ **DATA** ___/___/___

* Il medico che firma e raccoglie il consenso può essere diverso da quello che ha prioritariamente informato il paziente e/o che esegue l'intervento; laddove una procedura organizzativa e/o un percorso assistenziale, dell'Unità Operativa e/o del Dipartimento e/o della Struttura, l'abbia appositamente previsto, condiviso e certificato

Eventuali allegati: *(specificare)*

Ritiro il consenso	data _____	Firma _____
---------------------------	-------------------	--------------------

MODULO DI DINIEGO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO

UNITA' OPERATIVA	
DIRETTORE	

IL SOTTOSCRITTO _____ dovrà sottoporsi al trattamento sanitario
diagnostico e/o terapeutico di _____

A TAL FINE DICHIARA

di essere stato informato dal DR. _____, dirigente medico della Unità Operativa di
degenza/del Servizio ambulatoriale interessato, dei seguenti aspetti relativi al trattamento sanitario volontario
cui intende sottoporsi:

- **SCOPO DEL TRATTAMENTO;**
- **RISCHI/INCONVENIENTI ragionevolmente prevedibili per la persona;**
- **BENEFICI PREVISTI;**
- **MODALITA' DI INTERVENTO E/O ALTERNATIVE POSSIBILI;**
- **CONSEGUENZE DEL MANCATO TRATTAMENTO;**
- **DURATA DEL TRATTAMENTO e REGIME DI ASSISTENZA**

DICHIARA INOLTRE

- di aver ricevuto la nota informativa specifica per il trattamento preposto (mod.O/_____)
- che prima di esprimere il **diniego** al trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico ha avuto il **tempo necessario per decidere** e l'opportunità di chiedere eventualmente informazione ad un medico di fiducia;
- che tutte le domande poste hanno avuto **risposta soddisfacente**;

Tanto premesso **DICHIARA**

- di **non autorizzare il trattamento** sanitario diagnostico e/o terapeutico di cui alla premessa;
- di **comprendere appieno le conseguenze** del rifiuto di eseguire il trattamento sanitario consigliato;
- di **esonera** totalmente il personale medico ed infermieristico nonché l'intera struttura sanitaria da qualsivoglia responsabilità per danni conseguenti alla decisione assunta.

DATA ___/___/___

FIRMA PAZIENTE		FIRMA DEL TUTORE	
IN CASO DI MINORE	Il/la sottoscritto/a padre/madre dichiara di esercitare la potestà genitoriale e che l'altro genitore è informato.	FIRMA DEL GENITORE	

(Parte riservata al medico)

Dal colloquio avuto, è risultato che il paziente ha ricevuto le informazioni necessarie, avvalendosi del modulo di informativa ed ha espresso liberamente il suo **diniego**.

IL MEDICO* DR. _____ **DATA** ___/___/___

* Il medico che firma e raccoglie il **diniego** può essere diverso da quello che ha prioritariamente informato il paziente e/o che esegue l'intervento; laddove una procedura organizzativa e/o un percorso assistenziale, dell'Unità Operativa e/o del Dipartimento e/o della Struttura, l'abbia appositamente previsto, condiviso e certificato

Eventuali allegati: (*specificare*)

Ritiro il diniego	data _____	Firma _____
--------------------------	------------	-------------