|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **MODULO**  **CONSENSO INFORMATO** | **MOD01** | Pag.  1 di 1 |
|  |
|  | Rev 02  08/05/2025 |

Unità Operativa/Servizio

**Io sottoscritto/a (**Cognome e Nome)

nato/a a il / /

residente a Prov. Via

CODICE FISCALE

**Informato/a** dal Dott. – Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ durante il colloquio tenutosi il giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ dalle ore \_\_:\_\_ alle ore \_\_:\_\_ in relazione a:

- 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 ed alle condizioni cliniche dell’assistito;

* trattamenti diagnostici- terapeutici alternativi;
* impossibilità di trattamenti in alternativa

Per l’esecuzione di:

ESAME IN **REGIME DI URGENZA** (specificare il tipo di esame)

ESAME **PROGRAMMATO** (specificare il tipo di esame)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INTERVENTO CHIRURGICO IN **REGIME DI URGENZA** (specificare il tipo di intervento)

INTERVENTO CHIRURGICO **PROGRAMMATO** (specificare il tipo di intervento)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALTRO (specificare)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con riferimento a:

* situazione clinica obiettiva riscontrata
* descrizione della terapia ritenuta necessaria e rischi derivanti dal rifiuto dell’atto sanitario
* eventuali alternative diagnostiche e/o terapeutiche
* farmaci somministrati
* tecniche e materiali impiegati
* benefici attesi
* rischi presunti
* eventuali complicanze
* comportamenti che dovrà seguire per evitare complicazioni successive
* possibilità di una propria revoca del consenso

**IN ALTERNATIVA, QUALORA IL PAZIENTE INDICHI UNA PERSONA DI FIDUCIA**

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informato in qualità di **FIDUCIARIO(1)** dell’assistito (l’indicazione da parte del paziente di un fiduciario deve essere annotata in cartella clinica e nel FSE)

1. Possono essere indicati come fiduciari i familiari del paziente o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo (art. 1, comma 2, L. 219/2017)

**DICHIARO**

di avere compreso le informazioni ricevute dal medico, relative alla propria diagnosi di:

ed al trattamento sanitario proposto di:

**per cui esprimo il consenso scritto**.

# Nello specifico, dichiaro inoltre di:

# aver ricevuto tutte le informazioni necessarie ad assumere consapevolmente le decisioni sul trattamento proposto: SI □ NO □

# aver ricevuto il modulo esplicativo(2): SI □ NO □

# aver visionato il modulo esplicativo mediante collegamento al link \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SI □ NO □

# aver visionato il modulo esplicativo mediante QR Code SI □ NO □

**relativo a:**

**FORMULAZIONE DEL CONSENSO ESPLICITO**

* **ACCETTO di sottopormi al trattamento sanitario propostomi**

Firma del dichiarante Data / /

# RIFIUTO il trattamento sanitario propostomi

Firma del dichiarante Data / /



# SPAZIO RISERVATO ALLA VERIFICA DEL CONSENSO

Firma del **Medico** che ha **informato** il paziente o suo fiduciario

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data / /

Firma del **Medico** che ha **verificato** il consenso/dissenso (Medico Esecutore)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data / /

(2) Allegati:

* modulo esplicativo di cui al punto 2.

**REVOCA DEL CONSENSO**

Da compilarsi in caso di revoca del consenso precedentemente espresso.

In data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, alle ore \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

**Liberamente, spontaneamente e in piena coscienza**, alla presenza del Dirigente Medico dott./dott.ssa:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiaro di revocare** il consenso precedentemente espresso.

**Firma del paziente** **Firma del Medico**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_