|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **CONSENSO INFORMATO PER PAZIENTE IN**  **CONDIZIONE DI INCAPACITA’**  **(paziente interdetto/inabilitato)** | **MOD03** | Pag.  1 di 1 |
|  | Rev 02  08/05/2025 |
|  |

Unità Operativa/Servizio

COGNOME e NOME dell’assistito

Luogo e Data di nascita CODICE FISCALE

e/o, per esso/a

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

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

in qualità di(1):

 **TUTORE**

 **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

 **ALTRO** (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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)

* Si dà atto che, trattandosi di **intervento chirurgico in regime di urgenza,** a salvaguardia della salute del paziente, non vi sono i presupposti temporali per chiedere la nomina del tutore/amministratore unico

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

**DICHIARO**

di avere compreso le informazioni ricevute dal medico, relative alla diagnosi formulata di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

ed al trattamento sanitario proposto di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**per cui esprimo il consenso scritto**.

**Nello specifico, dichiaro inoltre di:**

1. **aver ricevuto tutte le informazioni necessarie ad assumere consapevolmente le decisioni sul trattamento proposto: SI □ NO □**
2. **aver ricevuto il modulo esplicativo(2): SI □ NO □**
3. **aver visionato il modulo esplicativo mediante collegamento al link \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SI □ NO □**
4. **aver visionato il modulo esplicativo mediante QR Code SI □ NO □**

**relativo a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FORMULAZIONE DEL CONSENSO ESPLICITO**

Per i motivi sopra riportati:

**ACCETTO** di essere sottoposto al trattamento sanitario

**ACCETTO** che l’assistito succitato sia sottoposto al trattamento sanitario

Il dichiarante / / (Cognome e Nome in stampatello) (Firma) (Data)

**RIFIUTO** di essere sottoposto al trattamento sanitario

**RIFIUTO** che l’assistito succitato sia sottoposto al trattamento sanitario.

Il dichiarante / / (Cognome e Nome in stampatello) (Firma) (Data)

**SPAZIO RISERVATO ALLA VERIFICA DEL CONSENSO**

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

Data / /

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

Data / /

(1) allegare copia del provvedimento di conferimento dei poteri di rappresentanza/tutela/amministrazione

(2) 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/DICHIARANO di revocare** il consenso precedentemente espresso.

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

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