|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Immagine che contiene Carattere, simbolo, Elementi grafici, logo  Descrizione generata automaticamente | **MODULO CONSENSO INFORMATO**  **PER IL MINORE** | MOD02 | Pag. 1 di 1 |
|  |
|  | Rev 02  08/05/2025 |

Unità Operativa/Servizio

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

nato/a a il / /

residente a

Prov.

via

# GENITORE 1 (\*)

del minore (Cognome e Nome)

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del minore, nato/a a il / /

# GENITORE 2 (\*)

del minore (Cognome e Nome)

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del minore, nato/a a il / /

**Informato/i** 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
* tecniche ed i materiali impiegati
* benefici attesi
* rischi presunti
* eventuali complicanze
* comportamenti che il paziente dovrà seguire per evitare complicazioni successive
* possibilità di una sua revoca del consenso

**DICHIARO/DICHIARANO**

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

ed al trattamento sanitario proposto di:

**per cui esprimo/esprimiamo il consenso scritto**.

Nello specifico, dichiaro/dichiariamo 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(1): 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**

* **accetto/accettiamo di fare sottoporre il minore al trattamento sanitario proposto**

Firma del dichiarante Data

Firma del dichiarante Data

# rifiuto/rifiutiamo il trattamento sanitario proposto al minore

Firma del dichiarante Data

Firma del dichiarante Data

/ /

/ /

/ /

/ /



# SPAZIO RISERVATO ALLA VERIFICA DEL CONSENSO

Firma del **Medico** che ha **informato** il paziente Data / /

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

Data

/ /

Firma del **minore (\*\*)** (Cognome e Nome) Data / /

Firma del **padre** (Cognome e Nome)

Data

/ /\_

Firma della **madre** (Cognome e Nome) Data / /

Firma del **Tutore** (Cognome e Nome) Data / /

**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**

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

**(\*) In caso di genitori separati/divorziati è necessaria la firma di entrambi i genitori; in caso di impossibilità di un genitore ad apporre la firma è necessaria delega al genitore presente corredata di copia di documento d'identità in corso di validità.**

**Qualora il minore risulti giuridicamente affidato a terzi è necessaria la firma del tutore/curatore/amministratore di sostegno/genitore affidatario/ altro adulto/maggiorenne legalmente riconosciuto con copia del documento del Tribunale.**

**(\*\*) L’informazione al minore è stata coerente con il livello di comprensione dello stesso anche in relazione all’età. Il minore è anche in grado di sottoscrivere il presente modulo.**

**(1) Allegati:**

* **modulo esplicativo di cui al punto 2.**