



## MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

M01  
REV00 del 24.06.2020  
U.O./STRUTTURA  
CODICE NOSOGRAFICO

### COLLOQUIO INFORMATIVO

#### DATI PAZIENTE

COGNOME	NOME
DATA E LUOGO DI NASCITA	
TRATTAMENTO SANITARIO PROPOSTO	
SEDE E LATERALITÀ (organo, parte anatomica interessata, tipo di accesso, etc.)	

- Si procede ad effettuare l'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo invocando lo stato di necessità, in quanto il/la paziente è impossibilitato/a ad esprimere il consenso, ovvero in assenza di chi possa legalmente esprimerlo (in tale ipotesi si interrompe a questo punto la compilazione del modulo)

#### TIPOLOGIA DI INFORMAZIONI FORNITE (contrassegnare la tipologia)

<input type="checkbox"/>	Indicazione (motivazione) del trattamento proposto e risultato/beneficio atteso
<input type="checkbox"/>	Modalità e tecniche di esecuzione del trattamento (specificare anche se necessaria anestesia, uso di Radiazioni ionizzanti, ecc)
<input type="checkbox"/>	Eventuali rischi e/o complicanze prevedibili nel caso specifico (anche quelli anestesilogici e/o legati all'eventuale uso di radiazioni ionizzanti, ecc)
<input type="checkbox"/>	Eventuali possibili alternative al trattamento proposto (prevedibili benefici/rischi comparati al trattamento proposto)
<input type="checkbox"/>	Conseguenze prevedibili della mancata esecuzione del trattamento proposto
<input type="checkbox"/>	Altri eventuali aspetti trattati (specificare):

#### Inoltre (contrassegnare l'opzione attuata):

- È stato fornito al/la paziente**, ovvero a chi esercita la responsabilità genitoriale, ovvero al rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore) **materiale informativo** appositamente predisposto dall'Unità Operativa relativamente al trattamento proposto
- In assenza di materiale informativo appositamente predisposto, si annota in cartella clinica** (o in altra tipologia di documentazione sanitaria) **la sintesi delle informazioni trasmesse verbalmente durante il colloquio**, facendo firmare per presa visione il/la paziente, ovvero chi esercita la responsabilità genitoriale, ovvero il rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore).

Il colloquio informativo si è svolto in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

#### Firma

- Il/La paziente \_\_\_\_\_
- Il/I Genitore/i \_\_\_\_\_
- L'Amministratore di sostegno \_\_\_\_\_
- Il Tutore \_\_\_\_\_
- Alla presenza di \* \_\_\_\_\_

Firma e Timbro  
del Medico

In caso di necessità di ulteriori informazioni/quesiti, è possibile rivolgersi al n. telefonico.....

Il/La paziente ha espresso la necessità di ulteriori colloqui informativi?  SI  NO

Data di svolgimento di ulteriori colloqui	Firma Medico	Firma Paziente

\*Persona di fiducia che il/la paziente ha eventualmente incaricato di poter ricevere informazioni ed esprimere eventuale consenso (anche in sua vece) nel caso in cui decida di non voler essere informato in merito alle proprie condizioni di salute. Registrare chiaramente in cartella clinica la volontà espressa dal paziente in tal senso e le generalità della persona incaricata (art. 1 comma 3 Legge 219/2017)

 <p>ASP RAGUSA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<b>MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO</b>	M01 REV00 del 24.06.2020 U.O./STRUTTURA CODICE NOSOGRAFICO
--	--	---

**CONSENSO/DISENNO/REVOCA**

**Ho ben compreso quanto fino ad ora discusso e condiviso con i professionisti**

dell'équipe curante ed in particolare dal Dott. \_\_\_\_\_ nel corso del colloquio informativo

<input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b>	ALL'EFFETTUAZIONE, PRESSO QUESTA STRUTTURA, DEL TRATTAMENTO SANITARIO CHE É STATO PROPOSTO (specificare)  _____
<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b>	ALL'EFFETTUAZIONE, PRESSO QUESTA STRUTTURA, DEL TRATTAMENTO SANITARIO CHE É STATO PROPOSTO, ESSENDO STATO/A ADEGUATAMENTE INFORMATO/A E DUNQUE CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE DI SALUTE CHE POSSONO DERIVARE DA QUESTO DISENNO

**Firma**

- Il/La paziente \_\_\_\_\_
- Il/I Genitore/i \_\_\_\_\_
- L'Amministratore di sostegno \_\_\_\_\_
- Il Tutore \_\_\_\_\_
- Alla eventuale presenza di \_\_\_\_\_

*Firma e Timbro  
del Medico*

**Data**    /    /    \_\_\_\_\_

<b>REVOCA DEL CONSENSO</b>	CONSAPEVOLE DEI POSSIBILI RISCHI PER LA SALUTE, DICHIARO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO PRESTATO IN PRECEDENZA AL TRATTAMENTO SANITARIO PROPOSTO
----------------------------	--

**Firma**

- Il/La paziente \_\_\_\_\_
- Il/I Genitore/i \_\_\_\_\_
- L'Amministratore di sostegno \_\_\_\_\_
- Il Tutore \_\_\_\_\_
- Alla eventuale presenza di \_\_\_\_\_

*Firma e Timbro  
del Medico*

**Data**    /    /    \_\_\_\_\_