



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

M01
REV02 del 30/09/25

MODELLO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO: COLLOQUI E CONSENSO

Il/la Sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente in _____ Via _____

Email _____ Telefono _____

Codice Fiscale _____

Documento _____ Num _____ Rilasciato da _____ il _____

In qualità di:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diretto interessato | <input type="checkbox"/> Esercente responsabilità genitoriale | <input type="checkbox"/> Prossimo congiunto-familiare |
| <input type="checkbox"/> Convivente o unito civilmente | <input type="checkbox"/> Legale rappresentante | <input type="checkbox"/> Fiduciario (L. 219/2017) |

Del signor/signora:

Il/la Sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente in _____ Via _____

Email _____ Telefono _____

Codice Fiscale _____

Documento _____ Num _____ Rilasciato da _____ il _____

In caso di minore con entrambi i genitori che esercitano la responsabilità genitoriale:

Il/la Sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente in _____ Via _____

Email _____ Telefono _____

Codice Fiscale _____

Documento _____ Num _____ Rilasciato da _____ il _____

Note (in cui si motiva l'assenza del secondo genitore)

EPISODIO _____ TIPO EPISODIO _____

ID PROCEDURA _____

TRATTAMENTO SANITARIO PROPOSTO: _____

SEDE E LATERALITA': _____

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)

SUSSISTE LO STATO DI NECESSITA'

NON SUSSISTE LO STATO DI NECESSITA'

TIPOLOGIA DI INFORMAZIONI FORNITE

• Indicazione (motivazione) del trattamento proposto e risultato/beneficio atteso	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Modalità e tecniche di esecuzione del trattamento (<i>specificare anche se necessaria anestesia, uso Radiazioni ionizzanti, ecc</i>)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Eventuali rischi e/o complicanze prevedibili nel caso specifico (<i>anche quelli anestesiológicos e/o legati all'eventuale uso di Radiazioni ionizzanti, ecc</i>)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Eventuali possibili alternative al trattamento proposto (<i>prevedibili benefici/rischi comparati al trattamento proposto</i>)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Conseguenze prevedibili della mancata esecuzione del trattamento proposto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Altri eventuali aspetti trattati (specificare) : _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• E' 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	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• 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 prese visione il/la paziente, ovvero chi esercita la responsabilità genitoriale, ovvero chi esercita la responsabilità genitoriale, ovvero al rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore).	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

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

Firma della persona assistita o del tutore/ esercitante responsabilità genitoriale	_____
Firma secondo genitore	_____
Firma del Medico	_____

NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA ABBA INCARICATO UNA PERSONA DI FIDUCIA A RICEVERE INFORMAZIONI ED AD ESPRIMERE EVENTUALE CONSENSO (ANCHE IN SUA VECE) NEL CASO 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)

Nome Cognome ed estremi documento persona di Fiducia	_____	Firma	_____
---	-------	-------	-------

PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)

Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.

Nome Cognome ed estremidoc. mediatore culturale		Firma	
--	--	-------	--

ULTERIORI COLLOQUI INFORMATIVI

<ul style="list-style-type: none"> Il paziente ha espresso la necessità di ulteriori colloqui informativi? 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---	---

Data svolgimento di ulteriori colloqui	Firma Medico	Firma Paziente

CONSENSO/DISENNO

Il colloquio si è svolto in data _____

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

dell'equipe curante ed in particolare dal Dott: _____

nel corso del colloquio informativo.

Trattamento sanitario proposto:

Relativamente al trattamento proposto, essendo stato/a adeguatamente informato/a e dunque consapevole delle conseguenze che possono derivare dal mio consenso o dissenso:

SI, Acconsento

No, non Acconsento

Firma della persona assistita o del tutore/ esercitante responsabilità genitoriale	
Firma secondo genitore	
Firma del Medico	

NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA ABBA INCARICATO UNA PERSONA DI FIDUCIA A RICEVERE INFORMAZIONI ED AD ESPRIMERE EVENTUALE CONSENSO (ANCHE IN SUA VECE) NEL CASO 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)

Nome Cognome ed estremi documento persona di Fiducia	_____	Firma	_____
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)			
Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.			
Nome Cognome ed estremidoc. mediatore culturale	_____	Firma	_____
Luogo data ed ora di acquisizione	_____ Policy id _____		

Per effettuare la revoca del presente consenso, utilizzare le funzioni di REVOCA e REVOCA PER PROCURA messe a disposizione dal sistema