UNITA' OPERATIVA: :	**Sede**:
Direttore/Responsabile:	

Dichiarazione di avvenuta informazione

ETICHETTA PAZIENTE

Il/la sottoscritto/a

Dati identificativi del medico

Dr./Dr.ssa Matricola

dichiara di avere avuto un colloquio con il/la paziente

Cognome e nome data di nascita

in merito a quanto segue:

Situazione clinica

(indicare condizione clinica per cui il/la paziente deve essere sottoposto/a a procedura diagnostica/terapeutica/riabilitativa

Atto sanitario proposto e modalità esecutive

Personalizzazione del rischio in base all'età/eventuali comorbilità/terapie in corso/altri fattori di rischio

Particolari precisazioni da parte del/la paziente e risposta data

tramite:

colloquio individuale, verifica della comprensione delle informazioni fornite e consegna di informativa che il/la paziente si impegna a leggere attentamente e sottoscrivere prima di fornire il consenso alla procedura.

data Timbro e firma del medico

Il medico che ha informato prioritariamente il/la paziente può essere diverso da quello che acquisisce il consenso e/o esegue la procedura diagnostica/terapeutica/riabilitativa.
Il presente modulo debitamente sottoscritto va trattenuto e reso disponibile al momento dell'espressione del consenso informato.

Espressione del consenso informato

Alla luce delle informazioni e del colloquio precedentemente sostenuto con il medico

Dr./Dr.ssa _____ Matricola _____

(da compilare se il medico è diverso da quello che ha informato prioritariamente il paziente oppure barrare il campo)

Io sottoscritto/a, soggetto interessato,

considerato che le informazioni relative a:

- **stato di salute**
- **scopo/finalità della procedura**
- **rischi/possibili complicanze** ragionevolmente prevedibili per la persona
- **benefici previsti**
- **modalità di esecuzione della procedura e/o alternative possibili**
- **conseguenze della mancata esecuzione della procedura**
- **altro:** _____

risultano coerenti con l'informativa consegnata, completano quanto detto e discusso al momento della consegna dell'informativa, sono comprensibili/esaurienti e le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente, **dichiaro** di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti, quindi:

☐ **Acconsento** alla procedura propostami che verrà praticata dall'équipe di questa unità operativa.

☐ **Non acconsento** alla procedura propostami comprendendo appieno le conseguenze del rifiuto ed esonerando il personale sanitario, nonché l'intera struttura sanitaria, da qualsivoglia responsabilità per danni conseguenti alla decisione assunta.

☐ **Acconsento** ☐ **Non acconsento**

all'utilizzo di tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante la procedura al fine di formulare una diagnosi istopatologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Dichiaro di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento.

In caso di donna in età fertile dichiaro:
(barrare se non pertinente)

☐ uno stato di gravidanza
☐ l'assenza di uno stato di gravidanza
☐ di non potere escludere uno stato di gravidanza

Data sottoscrizione consenso _____	
Firma del/la paziente*	Timbro e firma del medico

***da compilare se il/la paziente non può esercitare il proprio diritto al consenso**

MINORE Nome cognome nato/a il	• I sottoscritti : Padre _____ firma _____ Madre _____ firma _____ (firme di entrambi i genitori) • Firma di un solo genitore che attesta che l'altro è impedito, come da dichiarazione di sostitutiva atto di notorietà allegata (Mod1PODS13) firma _____ • Tutore legale (previa esibizione dell'atto di nomina, da allegare in copia) firma _____
MAGGIORENNE CON TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di Tutore o Amministratore di sostegno (previa esibizione dell'atto di nomina) firma _____
PERSONA IMPOSSIBILITATA ALLA FIRMA (analfabeta o per motivi fisici)	sigla _____ firma testimone _____(doc. n. _____ del _____) firma testimone _____(doc. n. _____ del _____) Se il testimone è personale dipendente al posto del documento di identità indicare solo n. matricola
STATO DI NECESSITÀ EX ART. 54 C.P.	Valutate le condizioni del/la paziente, rilevo la sua incapacità ad esprimere un valido consenso e certifico che l'atto sanitario si rende necessario per evitare un *pericolo attuale di un danno grave alla persona.* timbro e firma del medico _____
DAT (DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO)	Preso atto delle DAT (allegate in copia) regolarmente redatte secondo disposizioni di legge, procedo in ottemperanza alle stesse e non applico lo stato di necessità. timbro e firma del medico _____

Nel caso di intervento del mediatore linguistico

firma del mediatore linguistico _____

doc. _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____

(da allegare in copia)

data di revoca del consenso _____

firma del/la paziente/genitori/tutore/amministratore di sostegno _____