	Modulo	ASLALMOD01ENDDIGCOCONSINF
	DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PROCEDURA: COLONSCOPIA	Agosto 2019 Pagina: 1 di 5 Rev 00 ALLEGATO 02

ASL AL di ALESSANDRIA
S.S.D. Gastroenterologia e d Endoscopia Digestiva
Responsabile S.S.Dipartimentale di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Dipartimento Area Medica
Dr. Mauro Dalla Libera

Presidio Ospedaliero ACQUI TERME Tel. 0144 777367	Presidio Ospedaliero CASALE MONFERRATO Tel. 0142 434203	Presidio Ospedaliero NOVI LIGURE Tel 0143 332408	Presidio Ospedaliero OVADA Tel. 0143 826409	Presidio Ospedaliero TORTONA Tel 0131 865568
--	--	---	--	---

PRESIDIO OSPEDALIERO _____

Spazio per etichetta anagrafica

PARTE I – DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE

➤ **Cognome e Nome del paziente**

Luogo e data di nascita

➤ **Dati del legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale):**

Cognome e nome del tutore o amministratore di sostegno _____ Sentenza di nomina n. _____

NB: allegare la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante

PARTE II- EVENTUALE DELEGA

Io sottoscritto/a _____ dichiaro:

- di rifiutare in tutto o in parte di ricevere informazioni relative al mio stato di salute, agli accertamenti diagnostici necessari, alle eventuali terapie mediche e chirurgiche previste per il mio stato di salute;
- di voler delegare il consenso e di essere a conoscenza delle conseguenze di poter revocare tale delega.

Indico pertanto (Nome e Cognome) _____
 persona di mia fiducia e lo incarico di riceverle e di esprimere il consenso in mia vece, salvo mia successiva revoca.

Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e saranno da me sempre revocabili.

Firma del paziente _____
 oppure

Firma di due testimoni in caso di impossibilità fisica


Teste1 _____

Teste2 _____

Firma del delegato per accettazione e ricevuta informazione sul valore di tale delega _____

Timbro e Firma del medico che riporta le volontà _____

Nel caso di paziente straniero, con difficoltà linguistica, nome cognome e firma del Mediatore culturale _____

	Modulo DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PROCEDURA: COLONSCOPIA	ASLALMOD01ENDDIGCOCONSINF
		Agosto 2019 Pagina: 2 di 5 Rev 00 ALLEGATO 02

PARTE III – INFORMAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ dichiaro di avere ricevuto la documentazione informativa in merito alla procedura sopra indicata

Data ___/___/___ Firma di chi riceve la documentazione scritta _____

Io sottoscritto/a Dott./ssa _____ dichiaro di aver fornito un'informazione completa ed esauriente relativamente :

- alla situazione clinica
- all'atto sanitario proposto _____

attraverso colloquio con

- il paziente
 suo delegato
 il legale rappresentante
(barrare l'opzione corretta)

e di averlo informato sui benefici , le complicanze, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi ad esso associati, le conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta, i principali rischi prevedibili rappresentati da

nonchè sulle possibili alternative diagnostiche/ terapeutiche.

Data: _____ Timbro e firma del medico _____

PARTE IV- ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____ dichiaro: di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto (prospettive del trattamento/alternative, benefici, esaurienti risposte alle domande effettuate) e sui rischi prevedibili attraverso il colloquio con il **Dr** _____

- di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento;
- di **ACCETTARE** **NON ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto
- osservazioni _____

Data ___/___/___ Firma Paziente _____


Firma suo Delegato _____

Firma Legale rappresentante _____

Timbro e Firma del medico _____

Nel caso di paziente straniero, nome cognome e firma del Mediatore culturale il quale attesta di aver ricevuto tutte le informazioni di cui sopra e di averle trasmesse al paziente)

Nome e Cognome _____ Firma _____

	Modulo	ASLALMOD01ENDDIGCOCONSINF
	DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PROCEDURA: COLONSCOPIA	Agosto 2019 Pagina: 3 di 5 Rev 00 ALLEGATO 02

Io sottoscritto/a _____ in data _____
 dichiaro di **voler REVOCARE il consenso** e di essere a conoscenza delle conseguenze di tale revoca.
 Firma _____

SEDAZIONE

Acconsento di essere sottoposto a sedazione/analgesia finalizzata a ridurre il dolore/fastidio e a facilitare l'esecuzione dell'esame; mi è stato riferito che nel corso della procedura verranno costantemente monitorati i principali parametri vitali che saranno riportati sulla scheda infermieristica allegata, prima, durante e dopo la procedura (saturazione di ossigeno, pressione arteriosa, frequenza cardiaca; se le condizioni cliniche lo richiedono sarà monitorata l'attività elettrocardiografica e sarà somministrato ossigeno per mantenere/ristabilire un adeguato livello di saturazione); sono stato anche informato delle possibili complicanze.

Le più frequenti sono le reazioni allergiche ai farmaci utilizzati per la sedazione, come il broncospasmo o l'orticaria, problemi cardio-respiratori, come l'alterazione della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco, la depressione respiratoria con apnea, fino a giungere in casi molto rari all'arresto respiratorio e/o cardiaco (complicanze gravi 1-3 su mille, con mortalità complessiva < 0.3/1000) ed in rari casi dolore nel punto di iniezione dei farmaci con infiammazione della vena. Sono stato informato della possibilità di somministrazione di farmaci antagonisti della sedazione/analgesia per ottenere un adeguato risveglio; sono stato informato inoltre sull'impossibilità di condurre auto-motoveicoli e sul divieto di osservare condotte che richiedano una particolare attenzione nelle 24 ore successive alla procedura.

Sono stato avvisato che, se sottoposto a sedo/analgesia, potrò lasciare l'ambulatorio solo se accompagnato da un adulto e che non potrò svolgere attività potenzialmente pericolose, fra cui guidare, per le 12 ore successive

- Acconsento Firma
- Non Acconsento Firma

SEDAZIONE PROFONDA / ANESTESIA

Qualora la procedura si svolgesse in sedazione profonda/anestesia, praticata dall'anestesista, la firma del consenso con la relativa modulistica sarà gestita anche dall'anestesista.

Tutto ciò premesso, avendo compreso quanto rappresentatomi dai sanitari/dal soggetto da me delegato a ricevere le informazioni

- Acconsento alla sedazione/analgesia Firma _____
- Non Acconsento alla sedazione/analgesia Firma _____

	Modulo	ASLALMOD01ENDDIGCOCONSINF
	DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PROCEDURA: COLONSCOPIA	Agosto 2019 Pagina: 4 di 5 Rev 00 ALLEGATO 02

ANNOTAZIONI PARTICOLARI

ADESIONE ALLA PROCEDURA

Io sottoscritto/a _____ dichiaro:

di essere pienamente cosciente, di aver letto attentamente il documento consegnatomi il giorno ___/___/___ ore __, __

di aver compreso in ogni sua parte il significato di questo consenso

di aver chiesto al medico informazioni riguardanti a _____

di aver ricevuto risposte esaustive e comprensibili

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto (prospettive del trattamento/alternative), e sui rischi prevedibili attraverso il colloquio con il medico, nonché l'ulteriore materiale informativo dal medesimo consegnatomi

di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento;

ACCETTO DI ESSERE SOTTOPOSTO ALLA PROCEDURA PROPOSTA COMPRESA OGNI MANOVRA CONNESSA E COMPLEMENTARE

Data ___/___/___ Firma del paziente _____.

Data ___/___/___ Firma dell'esercente la patria potestà o del tutore _____

Data ___/___/___ Firma dell'eventuale testimone _____

Data ___/___/___ Firma dell'interprete/delegato/mediatore culturale (il quale attesta di aver ricevuto tutte le informazioni di cui sopra e di averle trasmesse al paziente)

Nome e Cognome _____

Firma _____

	Modulo	ASLALMOD01ENDDIGCOCONSINF
	DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PROCEDURA: COLONSCOPIA	Agosto 2019 Pagina: 5 di 5 Rev 00 ALLEGATO 02

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Io sottoscritto Dott./Prof confermo, contestualmente alla firma del paziente, che lo stesso ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto dopo adeguata informazione e lettura dell'informativa

Data ____/____/____

Timbro e firma leggibile del medico che ha informato il paziente

.....

RIFIUTO CONSAPEVOLE

Avendo compreso contenuti e finalità delle informazioni fornite, non acconsento a sottopormi alla procedura proposta.

Firma del paziente Data

ALTERNATIVE - RINUNCIA ALL'INFORMAZIONE/DELEGA A TERZI

Dichiaro, ai fini dell'acquisizione del consenso, di aver espresso piena fiducia nelle scelte e nell'operato dei Sanitari, e di aver quindi rinunciato consapevolmente a qualsiasi informazione dai medesimi proposta.

Firma Data

Delego il Sig.(che sottoscrive per accettazione) a raccogliere le informazioni dei Sanitari a seguito delle quali mi riservo di esprimere/negare il consenso alle procedure proposte.

Firma delegante..... Firma Delegato

Io sottoscritto/a _____ in data ____/____/____
 alle ore _____ dichiaro di **voler REVOCARE il consenso** e di essere a conoscenza delle
 conseguenze di tale revoca.

Firma _____

Il sottoscritto acconsente (D. Lgs. 196/2003) al trattamento dei propri dati personali per finalità di tutela della salute