

		Sede Legale: Via Venezia, 6 15121 Alessandria (AL) Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067	
Codice: AL.RCRL.046.2013.00	Data emissione: Febbraio 2013	Validità dal: Marzo 2013	Allegato: 1

## Modulo di DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO SCRITTO

\_\_\_\_\_

*Cognome e nome del paziente*

\_\_\_\_\_

*Luogo e data di nascita*

### INFORMAZIONE:

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ dichiara di aver fornito al/alla paziente un'informazione completa ed esauriente relativamente:

- alla sua situazione clinica \_\_\_\_\_

- all'atto sanitario proposto: \_\_\_\_\_

Tramite \_\_\_\_\_

colloquio personale

e consegna di scheda informativa scritta

Data \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Firma*

\_\_\_\_\_

*Timbro e firma del medico*

### ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io, sottoscritto/a \_\_\_\_\_, dichiaro:

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:

- sul mio stato di salute

- sul tipo di procedura diagnostica/terapeutica propostami

- sui benefici, le complicanze, i rischi, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi ad essa associati

- sulle conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta

- sulle eventuali alternative diagnostiche/terapeutiche

- composizione e ruoli dell'equipe di cura (incluso il personale non strutturato)

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 e che nel corso della procedura, qualora sia necessario, sia apportata la seguente

variazione: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_

-----

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in data \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ **dichiaro di REVOCARE il consenso**

\_\_\_\_\_

*Firma*

\_\_\_\_\_

*Timbro e firma del medico*

*Struttura:* Rischio clinico e controllo delle infezioni ospedaliere

**FAX 0142 434614**

**Tel 0142 434612**