

Allegato n. 1

MODULO DI DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO SCRITTO

COGNOME E NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ dichiara di aver fornito all'assistito/a un'informazione completa ed esauriente relativamente:

- alla sua situazione clinica

- all'atto sanitario proposto:

tramite:

☐ colloquio

☐ consegna di scheda informativa scritta

DATA

FIRMA ASSISTITO

TIMBRO E FIRMA MEDICO

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara:

NOMINATIVO DELL'ASSISTITO

- ☐ 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

FIRMA ASSISTITO

TIMBRO E FIRMA MEDICO

=====

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara:

NOMINATIVO DELL'ASSISTITO

di **REVOCARE** il consenso all'atto sanitario

DATA

FIRMA ASSISTITO

TIMBRO E FIRMA MEDICO