



Procedura Generale Aziendale
PGA DSRC ASL AL 02
Acquisizione del Consenso Informato

Anno di emissione:
2024
Revisione n° 1

Allegato n. 3

Modulo di DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER IL MINORE

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO

LUOGO E DATA DI NASCITA

COGNOME E NOME DELLA MADRE

COGNOME E NOME DEL PADRE

INFORMAZIONE.

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ dichiara di aver fornito ai genitori un'informazione completa ed esauriente relativa:

- alla sua situazione clinica del minore:

- all'atto sanitario proposto:

tramite: colloquio consegna di scheda informativa scritta

DATA

FIRMA ASSISTITO

TIMBRO E FIRMA MEDICO

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Noi sottoscritti madre padre dichiariamo:

- di non essere decaduti dalla responsabilità genitoriale e di non essere sottoposti, da parte dell'autorità giudiziaria, a procedimenti limitativi sul minore;
- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:
 - sullo stato di salute del/la minore;
 - sul tipo di procedura diagnostica/terapeutica proposta;
 - 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.
- 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 DELLA MADRE

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DEL MEDICO



Procedura Generale Aziendale
PGA DSRC ASL AL 02
Acquisizione del Consenso Informato

Anno di emissione:
2024

Revisione n° 1

REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto/i madre padre **dichiara/no** di **REVOCARE** il **consenso**
informato.

DATA

FIRMA DELLA **MADRE**

FIRMA DEL **PADRE**

FIRMA DEL MEDICO