



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

Anno di emissione:
2024
Revisione n° 1

Allegato n. 6 pag. 1

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO IN PRESENZA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
O CURATORE**

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO

LUOGO E DATA DI NASCITA

COGNOME E NOME DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO / CURATORE

DECRETO DI NOMINA N.

INFORMAZIONE.

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ dichiara di aver fornito all'assistito ed al/alla suo/a **amministratore di sostegno/curatore** un'informazione completa ed esauriente relativa:

- alla situazione clinica dell'assistito:

- all'atto sanitario proposto:

tramite:

colloquio

consegna di scheda informativa scritta

DATA

TIMBRO E FIRMA MEDICO

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Il/La sottoscritto/a _____, unitamente all'**amministratore di**

NOMINATIVO DELL'ASSISTITO

sostegno / curatore, dichiara:

- 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
- di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento
- di **ACCETTARE** - **NON ACCETTARE** la scelta dell'atto sanitario proposto dai sanitari e, qualora si renda necessario nel corso della procedura, il ricorso alla seguente variazione:

DATA

FIRMA DELL'ASSISTITO

FIRMA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/CURATORE

TIMBRO E FIRMA MEDICO

=====



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

Anno di emissione:
2024
Revisione n° 1

Allegato n. 6 pag. 2

Il/La sottoscritto/a _____, unitamente all'**amministratore di**
NOMINATIVO DELL'ASSISTITO

sostegno / curatore, dichiara di **REVOCARE** il consenso

DATA

FIRMA DELL'ASSISTITO

FIRMA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/CURATORE

TIMBRO E FIRMA MEDICO