

		Sede Legale: Via Venezia, 6 15121 Alessandria (AL) Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067	
Codice: AL.RCRI.046.2013.00	Data emissione: Febbraio 2013	Validità dal: Marzo 2013	Allegato: 3

**Modulo di DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER IL MINORE**

\_\_\_\_\_ *Cognome e nome del paziente* \_\_\_\_\_ *Luogo e data di nascita*

\_\_\_\_\_ *Cognome e nome del madre* \_\_\_\_\_ *Cognome e nome del padre*

**INFORMAZIONE:**

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ dichiara di aver fornito ai genitori una completa ed esauriente informazione relativa:

- alla situazione clinica del minore: \_\_\_\_\_
- all'atto sanitario proposto: \_\_\_\_\_

tramite  colloquio personale  e consegna di scheda informativa scritta

Data \_\_\_/\_\_\_/20\_\_ *Timbro e Firma del medico* \_\_\_\_\_

**Espressione e Acquisizione del Consenso Informato**

Noi sottoscritti  madre  padre dichiariamo di non essere decaduti dalla potestà parentale e di non essere sottoposti, da parte dell'autorità giudiziaria, a procedimenti limitativi sul minore e 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 complicitanze, 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 \_\_\_/\_\_\_/20\_\_ *Firma del padre* \_\_\_\_\_ *Firma della madre* \_\_\_\_\_

*Timbro e firma del medico* \_\_\_\_\_

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

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

*Firma del/i genitore/i* \_\_\_\_\_ *Timbro e firma del medico* \_\_\_\_\_

<i>Struttura:</i> Rischio clinico e controllo delle infezioni ospedaliere <b>FAX 0142 434614</b> <b>Tel 0142 434612</b>	
---	--