

		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: 5

## Modulo di CONSENSO INFORMATO IN PRESENZA DI TUTORE

\_\_\_\_\_

Cognome e nome del paziente

\_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita

\_\_\_\_\_

Cognome e nome del tutore

\_\_\_\_\_

Sentenza di nomina n.

### INFORMAZIONE

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

- alla situazione clinica del paziente: \_\_\_\_\_

- all'atto sanitario ritenuto opportuno: \_\_\_\_\_

Tramite  colloquio personale

e consegna di scheda informativa scritta

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Timbro e Firma del medico

### ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di tutore della paziente, dichiaro: che al sottoscritto ed al paziente è stata fornita un'informazione comprensibile ed esauriente:

- sul suo stato di salute
- sul tipo di procedura diagnostica/terapeutica a noi 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  **RATIFICARE** /  **NON RATIFICARE** la scelta dell'atto sanitario proposto dai sanitari e, qualora si renda necessario nel corso della procedura, il ricorso alla seguente variazione:

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma del tutore

\_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di tutore del paziente, in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **dichiaro di ritirare la RATIFICA dell'atto medico proposto** e di ritenere opportuna la consultazione del giudice tutelare.

\_\_\_\_\_

Firma del tutore

\_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico

Struttura: Rischio clinico e controllo delle infezioni ospedaliere FAX 0142 434614 Tel 0142 434612	
--	--