

		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: 6

**Modulo di DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO in presenza di AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

*Cognome e nome dell'amministratore di sostegno* *Decreto di nomina n.*

**INFORMAZIONE**

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ dichiara di aver fornito al paziente ed al/alla suo/a **amministratore di sostegno** una adeguata e completa informazione relativamente:

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

- all'atto sanitario proposto: \_\_\_\_\_

Tramite  colloquio personale  e consegna di scheda informativa scritta

\_\_\_\_\_

*Data* *Timbro e Firma del medico*

**ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**

Io, sottoscritto/a \_\_\_\_\_, unitamente **all'amministratore di sostegno**, dichiaro:

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:

- sul mio stato di salute
- sul tipo di procedura diagnostica/terapeutica propostami
- 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* *Firma del paziente* *Firma dell'amministratore* *Timbro e firma del medico*

-----

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, unitamente **all'amministratore di sostegno**, in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dichiaro di **REVOcare** il consenso

\_\_\_\_\_

*Firma del paziente* *Firma dell'amministratore* *Timbro e firma del medico*

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