

Modulo di DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

DATI IDENTIFICATIVI:

Cognome e Nome

Luogo e data di Nascita

INFORMAZIONE:

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

dichiara di aver fornito al/alla paziente un'informazione completa ed esauriente relativamente:

- alla sua situazione clinica

- 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

Io, sottoscritto/a _____, 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
 - composizione e ruoli dell'equipe di cura (incluso il personale non strutturato).
- 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

Timbro e firma del medico

Io, sottoscritto/a _____

- in data __ / __ / 20__ **dichiaro di REVOCARE il consenso.**

Firma

Timbro e firma del medico