

Compilare in modo leggibile evitando acronimi e sigle modo leggibile evitando acronimi e sigle

ETICHETTA

Io sottoscritto/a

Nato/a a il

In qualità di diretto interessato genitore/rappresentante legale di:

Nome e Cognome del paziente: nato il

dichiaro liberamente ed in piena consapevolezza di essere stato informato in modo chiaro e comprensibile in un colloquio, in data dal/la dr/a che per la sintomatologia/ patologia riscontrata è necessaria l'esecuzione del seguente trattamento medico:

.....

.....

Dichiaro di essere stato esaurientemente informato:

- > sulla malattia, sulle indicazioni diagnostiche e terapeutiche;
- > sulle altre condizioni morbose che possono influire sul rischio derivante dal trattamento terapeutico medico proposto;
- > sulle caratteristiche del trattamento indicato e sui rischi connessi sulle eventuali alternative;
- > sui rischi connessi/svantaggi derivati dalla mancata effettuazione del trattamento indicato.
- > sulla possibilità di revoca del consenso in ogni momento;
- > che mi è stato consegnato materiale informativo specifico si no

Firma per accettazione materiale

Dichiaro inoltre di aver ottenuto risposte soddisfacenti a tutti i quesiti posti, di aver compreso anche le informazioni che mi sono state date e di avere ricevuto garanzia sulla possibilità di rivolgere, in ogni momento, ulteriori domande al medico responsabile del trattamento e di essere informato delle eventuali variazioni del programma terapeutico. Io stesso, in qualsiasi momento potrò decidere di interrompere, per quanto tecnicamente possibile, il trattamento terapeutico con la garanzia di essere curato nel miglior modo possibile tenuto conto della mia revoca del consenso per quel trattamento che si era deciso di porre in atto.

Avendo compreso chiaramente quanto mi è stato illustrato

acconsento **non acconsento**

ad essere sottoposto al trattamento.

Firma del paziente/rappresentante legale

Firma dei genitori/rappresentante legale del minore

Firma dell'interprete/mediatore culturale

Firma del medico e badge/timbro

Data di acquisizione del consenso

Eventuale revoca del consenso sopraesposto: Data
Firma del paziente/genitori/rappresentante legale
Firma del medico e badge/timbro