



MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENTO/DINIEGO AL TRATTAMENTO SANITARIO

Mod. PA12 04

SERVIZIO

Rev. 0

DIRETTORE/RESPONSABILE

del 05/10/2011

...I... SIGNOR... _____ nat... il ____ / ____ / ____ / dovrà sottoporsi al trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di _____

A TAL FINE DICHIARA:

- di aver **PRESO VISIONE** delle informazioni contenute nel regolamento / carta dei servizi per il trattamento sopra indicato, esposto _____;

- di aver ricevuto ulteriori informazioni dal Dott. _____

- Dirigente Medico della Unità Operativa di degenza
- Dirigente Medico del Servizio interessato
- Medico di Medicina Generale
- Pediatra di Libera Scelta

- che le informazioni fornite nel regolamento/carta dei servizi sono relative a:

- scopo del trattamento
- rischi / inconvenienti ragionevolmente prevedibili per la persona;
- benefici previsti;
- modalità di intervento e/o alternative possibili;
- conseguenze del mancato trattamento;
- durata del trattamento e regime di assistenza.

DICHIARA INOLTRE (apporre una X sulla scelta):

- che prima di esprimere il **CONSENTO** **DINIEGO** al trattamento diagnostico e/o terapeutico ha avuto il **tempo necessario per valutare e decidere**, e l'opportunità di chiedere ulteriori informazioni;
- che tutte le domande poste hanno avuto **risposta soddisfacente**;
- di essere a conoscenza della **possibilità di revocare** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

RIVOLTO ALLE DONNE: di essere in stato di gravidanza si no non so

PERTANTO ESPRIME LIBERAMENTE IL (apporre una X sulla scelta):

CONSENTO e AUTORIZZA il trattamento diagnostico e/o terapeutico sopra specificato.

DINIEGO e NON AUTORIZZA il trattamento diagnostico e/o terapeutico sopra specificato,
PRECISANDO di:

1. comprendere appieno le conseguenze del rifiuto di eseguire il trattamento sanitario consigliato;
2. esonerare totalmente il personale medico ed infermieristico nonché l'intera struttura sanitaria da qualsivoglia responsabilità per danni conseguenti alla decisione assunta.

FIRMA DEL PAZIENTE	_____	FIRMA DEL TUTORE o DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	Nome e Cognome: _____
IN CASO DI MINORE	I sottoscritti: nome _____ cognome _____ nome _____ cognome _____ dichiarando di esercitare la potestà genitoriale. La Madre _____ Il Padre _____		

PARTE RISERVATA AL MEDICO CHE RACCOGLIE IL CONSENTO/DINIEGO*

IL SOTTOSCRITTO* _____ (Cognome e Nome in stampatello)
HA FORNITO AL PAZIENTE TUTTE LE INFORMAZIONI RICHIESTE.

(Firma leggibile) _____ / ____ / ____ DATA _____ / ____ / ____

* Il medico che firma e raccoglie il consenso / diniego può essere diverso da quello che ha informato il paziente e/o che esegue il trattamento.

Foglio da allegare in cartella



MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENTO/DINIEGO AL TRATTAMENTO SANITARIO

Mod. PA12 04

SERVIZIO

Rev. 0

DIRETTORE/RESPONSABILE

del 05/10/2011

...I... SIGNOR... _____ nat... il ____ / ____ / ____ / dovrà sottoporsi al trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di _____

A TAL FINE DICHIARA:

- di aver **PRESO VISIONE** delle informazioni contenute nel regolamento / carta dei servizi per il trattamento sopra indicato, esposto _____;

- di aver ricevuto ulteriori informazioni dal Dott. _____

- Dirigente Medico della Unità Operativa di degenza
- Dirigente Medico del Servizio interessato
- Medico di Medicina Generale
- Pediatra di Libera Scelta

- che le informazioni fornite nel regolamento/carta dei servizi sono relative a:

- scopo del trattamento
- rischi / inconvenienti ragionevolmente prevedibili per la persona;
- benefici previsti;
- modalità di intervento e/o alternative possibili;
- conseguenze del mancato trattamento;
- durata del trattamento e regime di assistenza.

DICHIARA INOLTRE (apporre una X sulla scelta):

- che prima di esprimere il **CONSENTO** **DINIEGO** al trattamento diagnostico e/o terapeutico ha avuto il **tempo necessario per valutare e decidere**, e l'opportunità di chiedere ulteriori informazioni;
- che tutte le domande poste hanno avuto **risposta soddisfacente**;
- di essere a conoscenza della **possibilità di revocare** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

RIVOLTO ALLE DONNE: di essere in stato di gravidanza si no non so

PERTANTO ESPRIME LIBERAMENTE IL (apporre una X sulla scelta):

CONSENTO e AUTORIZZA il trattamento diagnostico e/o terapeutico sopra specificato.

DINIEGO e NON AUTORIZZA il trattamento diagnostico e/o terapeutico sopra specificato,
PRECISANDO di:

1. comprendere appieno le conseguenze del rifiuto di eseguire il trattamento sanitario consigliato;
2. esonerare totalmente il personale medico ed infermieristico nonché l'intera struttura sanitaria da qualsivoglia responsabilità per danni conseguenti alla decisione assunta.

FIRMA DEL PAZIENTE	_____	FIRMA DEL TUTORE o DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	Nome e Cognome: _____
IN CASO DI MINORE	I sottoscritti: nome _____ cognome _____ nome _____ cognome _____ dichiarando di esercitare la potestà genitoriale. La Madre _____ Il Padre _____		

PARTE RISERVATA AL MEDICO CHE RACCOGLIE IL CONSENTO/DINIEGO*

IL SOTTOSCRITTO* _____ (Cognome e Nome in stampatello)
HA FORNITO AL PAZIENTE TUTTE LE INFORMAZIONI RICHIESTE.

(Firma leggibile) _____ / ____ / ____ DATA _____ / ____ / ____

* Il medico che firma e raccoglie il consenso / diniego può essere diverso da quello che ha informato il paziente e/o che esegue il trattamento.

Foglio per il Paziente/Utente



MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENTO/DINIEGO AL TRATTAMENTO SANITARIO

Mod. PA12 04

SERVIZIO

Rev. 0

DIRETTORE/RESPONSABILE

del 05/10/2011

...I... SIGNOR... _____ nat... il ____ / ____ / ____ / dovrà sottoporsi al trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di _____

A TAL FINE DICHIARA:

- di aver **PRESO VISIONE** delle informazioni contenute nel regolamento / carta dei servizi per il trattamento sopra indicato, esposto _____;

- di aver ricevuto ulteriori informazioni dal Dott. _____

- Dirigente Medico della Unità Operativa di degenza
- Dirigente Medico del Servizio interessato
- Medico di Medicina Generale
- Pediatra di Libera Scelta

- che le informazioni fornite nel regolamento/carta dei servizi sono relative a:

- scopo del trattamento
- rischi / inconvenienti ragionevolmente prevedibili per la persona;
- benefici previsti;
- modalità di intervento e/o alternative possibili;
- conseguenze del mancato trattamento;
- durata del trattamento e regime di assistenza.

DICHIARA INOLTRE (apporre una X sulla scelta):

- che prima di esprimere il **CONSENTO** **DINIEGO** al trattamento diagnostico e/o terapeutico ha avuto il **tempo necessario per valutare e decidere**, e l'opportunità di chiedere ulteriori informazioni;
- che tutte le domande poste hanno avuto **risposta soddisfacente**;
- di essere a conoscenza della **possibilità di revocare** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

RIVOLTO ALLE DONNE: di essere in stato di gravidanza si no non so

PERTANTO ESPRIME LIBERAMENTE IL (apporre una X sulla scelta):

CONSENTO e AUTORIZZA il trattamento diagnostico e/o terapeutico sopra specificato.

DINIEGO e NON AUTORIZZA il trattamento diagnostico e/o terapeutico sopra specificato,
PRECISANDO di:

1. comprendere appieno le conseguenze del rifiuto di eseguire il trattamento sanitario consigliato;
2. esonerare totalmente il personale medico ed infermieristico nonché l'intera struttura sanitaria da qualsivoglia responsabilità per danni conseguenti alla decisione assunta.

FIRMA DEL PAZIENTE	_____	FIRMA DEL TUTORE o DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	Nome e Cognome: _____
IN CASO DI MINORE	I sottoscritti: nome _____ cognome _____ nome _____ cognome _____ dichiarando di esercitare la potestà genitoriale. La Madre _____ Il Padre _____		

PARTE RISERVATA AL MEDICO CHE RACCOGLIE IL CONSENTO/DINIEGO*

IL SOTTOSCRITTO* _____ (Cognome e Nome in stampatello)
HA FORNITO AL PAZIENTE TUTTE LE INFORMAZIONI RICHIESTE.

(Firma leggibile) _____ DATA _____ / _____ / _____

* Il medico che firma e raccoglie il consenso / diniego può essere diverso da quello che ha informato il paziente e/o che esegue il trattamento.

Foglio Matrice