



## MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENTO/DINIEGO AL TRATTAMENTO SANITARIO

Mod. PA12 02

UNITÀ OPERATIVA

Rev. 1  
del 05/10/2011

DIRETTORE

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

\_\_\_\_ Lato:  destro  sinistro  non applicabile

### A TAL FINE DICHIARA:

- di aver **RICEVUTO** in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ la **NOTA** informativa specifica per il trattamento sopra indicato (**NOTA n°** \_\_\_\_\_) dal Dott. \_\_\_\_\_
  - Dirigente Medico della Unità Operativa di degenza
  - Dirigente Medico del Servizio interessato
  - Medico di Medicina Generale
  - Pediatra di Libera Scelta
- che la nota informativa contiene informazioni riguardo 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.

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

### 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 02

UNITÀ OPERATIVA

Rev. 1  
del 05/10/2011

DIRETTORE

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

\_\_\_\_ Lato:  destro  sinistro  non applicabile

### A TAL FINE DICHIARA:

- di aver **RICEVUTO** in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ la **NOTA** informativa specifica per il trattamento sopra indicato (**NOTA n°** \_\_\_\_\_) dal Dott. \_\_\_\_\_
  - Dirigente Medico della Unità Operativa di degenza
  - Dirigente Medico del Servizio interessato
  - Medico di Medicina Generale
  - Pediatra di Libera Scelta
- che la nota informativa contiene informazioni riguardo 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.

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

### 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 02

Rev. 1  
del 05/10/2011

UNITÀ OPERATIVA

DIRETTORE

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

\_\_\_\_ Lato:  destro  sinistro  non applicabile

### A TAL FINE DICHIARA:

- di aver **RICEVUTO** in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ la **NOTA** informativa specifica per il trattamento sopra indicato (**NOTA n°** \_\_\_\_\_) dal Dott. \_\_\_\_\_
  - Dirigente Medico della Unità Operativa di degenza
  - Dirigente Medico del Servizio interessato
  - Medico di Medicina Generale
  - Pediatra di Libera Scelta
- che la nota informativa contiene informazioni riguardo 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.

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

### 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