



• CONSENSO INFORMATO CHIRURGICO •

Il paziente ha diritto di ottenere dal sanitario che lo cura informazioni complete e comprensibili in merito alla diagnosi della malattia, alla terapia proposta ed alla prognosi.

Il consenso è indispensabile per ogni atto medico e non può ritenersi implicito all'accettazione della cura quando si tratti di procedure diagnostico-terapeutiche che possono causare una diminuzione dell'integrità fisica, fatto salvo il caso di imminente pericolo di vita.

Il consenso è personale e non delegabile ad altri.

Se il soggetto è incapace per età, infermità psichica o è reso inabile dalla stessa malattia ad esprimere il proprio libero intendimento, il consenso deve essere espresso dal tutore o dall'esercente la patria potestà.

Il consenso espresso non solleva gli operatori da eventuale imperizia, imprudenza e/o negligenza.

Il paziente ha diritto di poter recedere in qualunque momento dal consenso espresso.

• IO SOTTOSCRITTO/A _____ nato/a a _____ il _____

- in qualità di esercente la potestà sull/la minore _____

- in qualità di tutore dell/la degente _____

• DICHIARO di essere stato informato/a in modo chiaro e comprensibile dal Dott. _____

che per la PATOLOGIA riscontrata o sospettata _____

è opportuna l'esecuzione di:

ESAME DIAGNOSTICO _____

INTERVENTO CHIRURGICO _____

• DICHIARO di essere stato informato/a sul tipo di anestesia e sulle metodiche di intervento e di indagini cui verrò sottoposto/a e che la tecnica concordata potrà essere modificata dall'operatore qualora EGLI lo ritenga necessario. Sono stato altresì informato/a che potrà essere indicata terapia trasfusionale, eventualmente nella forma dell'autotrasfusione, ove le mie condizioni di salute lo permettano.

Di quanto prospettato mi sono stati spiegati:

- gli obiettivi,

- i benefici,

- gli eventuali rischi e le prevedibili conseguenze.

Sono comunque consapevole che presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile di un danno alla mia persona, verranno poste in atto tutte le pratiche ritenute idonee a scongiurare tale pericolo.

TUTTO CIÒ PREMESSO:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

AL TRATTAMENTO PROPOSTO.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

ALLA DIFFUSIONE, a scopo scientifico, di eventuali documentazioni fotografiche e/o video, comunque nel rispetto della privacy.

DATA DELL'INFORMAZIONE _____

DATA DEL CONSENSO _____

FIRMA DEL(-LA) PAZIENTE / ESERCENTE POTESTÀ / TUTORE

FIRMA DEL MEDICO