

	<b>CONSENSO INFORMATO PER PAZIENTE IN CONDIZIONE DI INCAPACITA'</b>	MOD04_IODsanT002_ORG	Pag. 1 di 1
			Rev 05
			Del 13.06.2018

UOC/UOS/Servizio \_\_\_\_\_

Presidio Ospedaliero  S. Croce  
 S. Salvatore  
 Muraglia

COGNOME e NOME dell'assistito \_\_\_\_\_

Luogo e Data di nascita \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

**ESAME/INTERVENTO IN REGIME DI URGENZA** (specificare il tipo di esame/intervento)

**ESAME/INTERVENTO PROGRAMMATO**

(La parte sottostante è da **compilare unicamente** in caso di esame/intervento PROGRAMMATO)

Il sottoscritto (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Informato in qualità di: **(1)**

TUTORE  AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO  ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_

dell'Assistito sopra indicato

**DICHIARA** di avere ricevuto il modulo esplicativo contenente:

- indicazioni e vantaggi attesi dalla procedura e probabilità di successi;
- modalità e tempi di esecuzione (con esplicitazione degli eventuali sintomi indotti e possibili sequele "dolore" ecc);
- rischi e complicanze maggiormente attesi connessi alla procedura ed alle condizioni cliniche dell'assistito;
- trattamenti diagnostici- terapeutici alternativi;
- impossibilità di trattamenti in alternativa

**DICHIARA** di aver ricevuto chiarimenti alle proprie richieste e di avere compreso l'informazione ricevuta.

Per i motivi sopra riportati:

**ACCETTA** che l'assistito succitato sia sottoposto al trattamento sanitario

Il dichiarante \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome in stampatello ) (Firma) (Data)

**RIFIUTA** che l'assistito succitato sia sottoposto al trattamento sanitario.

Il dichiarante \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome in stampatello ) (Firma) (Data)

Firma del MEDICO di Unità Operativa \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(1) Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 DPR 18.12.2000, n. 445 - LEGGE 12 novembre 2011, n. 183 Legge di stabilità 2012, art 15), consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali di cui all'Art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false.

**N.B. Allegare fotocopia di documento di identità, in corso di validità, del DICHIARANTE unitamente al documento di nomina formale dell'incarico rivestito.**