SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE MARCHE
Azienda Ospedaliera "Ospedale Riuniti Marche Nord"

Struttura Operativa/Servizio _____

Il sottoscritto _____ informato
Cognome Nome
dal Dott. _____ in data _____/_____/_____
Cognome Nome

Firma del **Medico** che ha informato il paziente _____

☐ sulla natura della malattia da cui è affetto/a
_____
_____
Diagnosi

☐ da diagnosticare – trattare con
_____
Denominazione tecnica

Consegna del modulo esplicativo riguardo: SI ☐ NO ☐

– 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 e alle condizioni cliniche del paziente

– trattamenti diagnostici – terapeutici alternativi

– impossibilità di trattamenti in alternativa

Vengo altresì informato che:

_____
_____

Reso consapevole:
- che in alcuni casi (descritti nei fogli esplicativi) il trattamento una volta avviato non può essere interrotto senza pregiudicare l'attività assistenziale.

Valutate le informazioni ricevute e i chiarimenti che mi sono stati forniti che ho pienamente compreso, avendo letto attentamente e pienamente compreso il modulo esplicativo che mi è stato consegnato (nei casi previsti), **dichiaro quanto segue**:

☐ **accetto di sottopormi al trattamento sanitario propostomi**
☐ **rifiuto il trattamento sanitario propostomi**

Il Dichiarante _____ Firma_____ Data _____/_____/_____
(in stampatello) nome e cognome)

SPAZIO RISERVATO ALLA VERIFICA DEL CONSENSO

Il Sanitario che ha verificato consenso/assenso _____ Data ____/____/___