



Il sottoscritto, valutata la capacità di intendere e di volere del paziente, dichiara di aver fornito informazioni complete e comprensibili:

al paziente stesso _____
(specificare cognome e nome in assenza di etichetta identificativa)

ai genitori Sig./Sig.ra _____

tramite il mediatore/interprete Sig./Sig.ra _____

al rappresentante legale nel caso di incapace Sig./Sig.ra _____

riguardo la necessità/opportunità di sottoporsi a *(indicare l'atto sanitario con eventuale specifica del sito e del lato)*:

In base alla documentazione scientifica disponibile, il paziente è stato informato circa:

- motivazioni che rendono necessario/opportuno l'accertamento/atto medico/chirurgico
- scopo dell'accertamento/atto medico/chirurgico
- modalità di esecuzione dell'accertamento/atto medico/chirurgico e delle eventuali diverse modalità/tecniche possibili con relativi vantaggi e rischi
- possibilità e probabilità circa i risultati conseguibili
- condizioni morbose concomitanti che costituiscono fattore di rischio:

- prevedibili conseguenze, temporanee o permanenti, eventuali ripercussioni nell'ambito della vita familiare, sociale e occupazionale
- possibili complicanze ovvero rischi, probabilità del loro verificarsi e modalità di risoluzione
- possibili conseguenze che possono derivare dalla mancata esecuzione dell'atto proposto, precisando che, comunque, sarà assicurata la continuità dell'assistenza e delle cure di tipo complementare o palliativo
- possibilità di alternative diagnostiche/terapeutiche
- possibili patologie diagnosticabili con ragionevole probabilità nel corso dell'atto medico esplicitato, al fine di acquisire consenso per il trattamento delle stesse.

In relazione alla organizzazione dell'Unità Operativa, l'intervento/procedura potrà essere eseguita anche da medico diverso dal proponente, con le medesime qualifiche.

Si dà atto che è stato consegnato materiale informativo specifico per l'accertamento e/o per l'atto medico/chirurgico sopraindicato.

Si dà atto altresì di aver verificato un'adeguata comprensione da parte del paziente in relazione alle informazioni somministrate.

Data e ora

Firma e timbro del Medico

Io sottoscritto **DICHIARO IN MODO CONSAPEVOLE:**

– di aver ricevuto informazioni dettagliate e di aver letto e compreso l'informativa specifica (allegata) relativa alla necessità/opportunità di sottopormi/sottoporre:

Nome e cognome _____

alla procedura diagnostica/terapeutica precedentemente indicata

– di aver compreso:

- motivazioni che rendono necessario/opportuno l'accertamento/atto medico/chirurgico
- scopo dell'accertamento/atto medico/chirurgico
- modalità di esecuzione dell'accertamento/atto medico/chirurgico e delle eventuali diverse modalità/tecniche possibili con relativi vantaggi e rischi
- possibilità e probabilità circa i risultati conseguibili
- condizioni morbose concomitanti che costituiscono fattore di rischio
- prevedibili conseguenze, temporanee o permanenti e delle eventuali ripercussioni nell'ambito della vita familiare, sociale e occupazionale
- possibili complicanze ovvero rischi, della probabilità del loro verificarsi e modalità di risoluzione
- possibili conseguenze che possono derivare dalla mancata esecuzione, conscio che, comunque, sarà assicurata la continuità delle cure di tipo complementare o palliativo
- possibilità di alternative diagnostiche/terapeutiche
- possibili patologie diagnosticabili con ragionevole probabilità nel corso dell'atto medico esplicitato, al fine di acquisire consenso per il trattamento delle stesse
- la possibilità che l'operatore sia diverso dal medico proponente
- di essere soddisfatto delle informazioni ricevute
- di essere a conoscenza di poter revocare totalmente o parzialmente il consenso in ogni momento prima dell'atto sanitario stabilito.

RICHIESTE DI PRECISAZIONI/ULTERIORI INFORMAZIONI DA PARTE DELL'INTERESSATO/A E RISPOSTA:

In base alle informazioni ricevute, in piena consapevolezza e libertà decisionale

ACCONSENSO**NON ACCONSENTO**

all'esecuzione della procedura/intervento in questione

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

Dichiaro di aver sottoscritto o di non aver sottoscritto e rilasciato delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT). In caso di mia futura incapacità indico, a manifestare la mia volontà, quale mio fiduciario

il/la Sig./Sig.ra _____

Per ogni questione si rimanda alle disposizioni normative introdotte dalla Legge del 22.12.2017 n. 219 (S DS 035 Informazioni circa le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) pubblicate nell'internet aziendale (www.asst-valcamonica.it)).

Data e ora _____

Firma del testimone

(se impossibilità di lettura o impedimento fisico alla sottoscrizione)

Firma dell'Interessato

(o legale rappresentante)

Preso atto di quanto in precedenza sottoscritto, consapevole dei miei diritti e perfettamente informato sulle possibili conseguenze della mia scelta, **revoco il consenso informato** per l'atto medico sopra indicato.

Data e ora _____

Firma del testimone

(se impossibilità di lettura o impedimento fisico alla sottoscrizione)

Firma dell'Interessato

(o legale rappresentante)

ALLEGATI: copia documenti di identità (ove necessari) e informativa.

