	<b>MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DINIEGO AL TRATTAMENTO SANITARIO</b>	Mod. PA12 02
	UNITÀ OPERATIVA	<b>Rev. 1</b>
	DIRETTORE	del <b>05/10/2011</b>

...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 **CONSENSO**  **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):**

**CONSENSO 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 CONSENSO/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

	<b>MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DINIEGO AL TRATTAMENTO SANITARIO</b>	Mod. PA12 02
	UNITÀ OPERATIVA	<b>Rev. 1</b>
	DIRETTORE	del <b>05/10/2011</b>

...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 **CONSENSO**  **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):**

**CONSENSO 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 CONSENSO/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

	<b>MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DINIEGO AL TRATTAMENTO SANITARIO</b>	Mod. PA12 02
	UNITÀ OPERATIVA	<b>Rev. 1</b>
	DIRETTORE	del <b>05/10/2011</b>

...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 **CONSENSO**  **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):**

**CONSENSO 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 CONSENSO/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