



DENOMINAZIONE STRUTTURA

CONSENSO AL TRATTAMENTO PROPOSTO

Io sottoscritto/a
avendo ricevuto informazioni dal dott.
relative alle mie condizioni cliniche, ai trattamenti indicati per la mia, ai benefici attesi ed ai rischi di
complicanze, anche mediante una informativa scritta consegnatami durante il colloquio avvenuto in
data consapevole che l'intervento potrebbe essere eseguito da un medico di questa
U.O. diverso da quello che mi ha visitato ed informato, ma con adeguata competenza per l'intervento
proposto, dopo avere avuto il tempo necessario per valutare e comprendere quanto illustrato dai medici
della equipe chirurgica, avendogli rivolto tutte le domande di chiarimento di cui necessitavo, conscio
di potere in qualsiasi momento revocare il consenso espresso

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

ad eseguire il trattamento chirurgico di
.....

Data _____ Firma del paziente _____

<p>CONSENSO ESPRESSO DA GENITORI DI PAZIENTE MINORE</p> <p>L'espressione del consenso qui indicata <input type="checkbox"/> corrisponde <input type="checkbox"/> non corrisponde alla volontà del paziente minore, che è stato informato secondo le sue capacità di comprensione.</p> <p>Cognome e nome (genitore/i) _____</p> <p>Io sottoscritto/a _____ dichiaro che il genitore non presente è d'accordo con l'espressione del consenso da me fornita</p> <p>Firma del/i genitore/i presente/i</p> <p>_____</p>
<p>CONSENSO ESPRESSO DA <input type="checkbox"/> TUTORE <input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO</p> <p>L'espressione del consenso qui indicata <input type="checkbox"/> corrisponde <input type="checkbox"/> non corrisponde alla volontà del paziente, che è stato informato secondo le sue capacità di comprensione.</p> <p>Cognome e nome (tutore / AdS) _____</p> <p>Firma del tutore/AdS _____</p>



DENOMINAZIONE STRUTTURA

CONSENSO ESPRESSO DA FIDUCIARIO

Fiduciario nominato da paziente mediante atto di Disposizioni Anticipate di Trattamento (ai sensi della Legge 219/2017), essendo il paziente nella attuale incapacità di autodeterminarsi

Cognome e nome (fiduciario) _____

Firma del fiduciario _____

CONSENSO ESPRESSO DA INCARICATO DEL PAZIENTE

A seguito di indicazione scritta da parte del paziente che ha manifestato la volontà di delegare altri a ricevere informazioni ed esprimere il consenso (ai sensi della Legge 219/2017)

Cognome e nome (incaricato) _____

Firma dell'incaricato _____

MEDIATORE CULTURALE

Cognome e nome (mediatore) _____

Firma del mediatore _____

TESTIMONE

In presenza di paziente non in grado di sottoscrivere il consenso, attesto che egli/ella ha compreso quanto riferitogli ed in mia presenza ha manifestato la volontà sopra indicata

Cognome e nome (testimone) _____

Firma del testimone _____

Medico che acquisisce il consenso

Cognome e nome _____

Firma del medico _____