



CONSENSO INFORMATO PER ADULTI

(Età ≥18 anni)

Io sottoscritto/a <div style="text-align: center;"><i>Cognome e nome</i></div>	nato/a il/...../.....
--	-----------------------------

Da compilare in caso di tutore/amministratore di sostegno/delegato (allegare documento comprovante il relativo stato giuridico):

Io sottoscritto/a <div style="text-align: center;"><i>Cognome e nome</i></div>	nato/a il/...../.....
tutore/amministratore di sostegno/delegato di <div style="text-align: center;"><i>Cognome e nome</i></div>	nato/a il/...../.....

DICHIARO

- di essere stato informato/a in maniera chiara, completa e comprensibile dal Dott. in merito alla prestazione sanitaria proposta.....;
- di essere stato informato riguardo ai vantaggi attesi, agli eventuali effetti collaterali e ai rischi di complicanze, nonché sulle possibili alternative, sulle possibili conseguenze in caso di rifiuto della prestazione, sulle indicazioni per il follow-up;
- di aver potuto chiedere al medico chiarimenti e che mi sono stati forniti;
- di essere stato informato/a che in caso di urgenze cliniche potranno rendersi necessari interventi addizionali o alternativi, già discussi nel corso del colloquio;
- di essere stato informato/a che posso rifiutare di ricevere informazioni in merito alle procedure proposte pur acconsentendo alla loro esecuzione (facoltà prevista per il paziente, non per l'eventuale rappresentante legale);
- di essere stato informato/a di poter revocare la scelta effettuata in qualsiasi momento precedente la prestazione;
- di essere stato informato che in questa Azienda prestano servizio anche medici e altri professionisti sanitari in formazione che, sotto la vigilanza di un tutore, potrebbero partecipare al mio percorso diagnostico-terapeutico.

di aver letto e compreso quanto illustrato nel FOGLIO INFORMATIVO ALLEGATO

E PERTANTO

ACCONSENTO alla/e procedura/e sopra indicata/e	Dichiaro di rifiutare ogni informazione
NON ACCONSENTO alla/e procedura/e sopra indicata/e	FIRMA DEL PAZIENTE

FIRMA DEL PAZIENTE FIRMA DEL TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/DELEGATO	Dichiaro di aver verificato la comprensione delle informazioni FIRMA E MATRICOLA DEL MEDICO	DATA/...../.....
FIRMA DEL MEDIATORE/INTERPRETE (se presente)	FIRMA DEL TESTIMONE (se necessario)	Ora

Dichiaro di REVOCARE il consenso Firma	Data/...../.....	Ora
Dichiaro di aver preso atto della REVOCA Firma del Medico	Data/...../.....	Ora