

**CONSENSO INFORMATO PER ADULTI**

(Età ≥18 anni)

Io sottoscritto/a	nato/a il
<i>Cognome e nome</i>	

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

Io sottoscritto/a	nato/a il
<i>Cognome e nome</i>	
tutore/amministratore di sostegno/delegato di	nato/a il
<i>Cognome e nome</i>	

DICHIARO

<ul style="list-style-type: none"> 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 FIRMA DEL PAZIENTE	
NON ACCONSENTO alla/e procedura/e sopra indicata/e		
FIRMA DEL PAZIENTE	Dichiaro di aver verificato la comprensione delle informazioni FIRMA E MATRICOLA DEL MEDICO	DATA/...../.....
FIRMA DEL TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/DELEGATO		FIRMA DEL MEDIATORE/INTERPRETE (se presente)
	FIRMA DEL TESTIMONE (se necessario)	

Dichiaro di REVOcare il consenso Firma	Data	Ora
Dichiaro di aver preso atto della REVOCA Firma del Medico	Data	Ora