


<p>REGIONE DEL VENETO</p>  <p><b>ULSS9</b> SCALIGERA</p>	<p><b>MODULO PER L'ESPRESSIONE DEL CONSENSO INFORMATO</b></p>	<p>A_A6_pr_gestione- consenso-informato_rev00</p>
---	---	---

Cognome		ETICHETTA
Nome		
Data di nascita		
Luogo di nascita		

- Dichiaro di essere stata/o informata/o dal dr. \_\_\_\_\_ che verrò sottoposta/o a \_\_\_\_\_ (indicare sito/lato ove indicato) per \_\_\_\_\_
- Mi sono stati spiegati i motivi per cui la procedura diagnostico-terapeutica risulta indicata. Nel corso del colloquio mi sono state illustrate le modalità di esecuzione e mi sono stati indicati rischi, possibili complicanze ed eventuali alternative terapeutiche. Le suddette informazioni sono riassunte in un foglio informativo, che mi è stato consegnato e che dichiaro di aver letto e compreso.
- Sono stata/o inoltre informata/o che nel corso della procedura diagnostica o del trattamento potrebbe evidenziarsi un quadro clinico diverso da quanto previsto, ovvero che potrebbero verificarsi circostanze non attese e tali da rendere opportuno o necessario procedere all'effettuazione di ulteriori interventi diagnostico-terapeutici differenti da quelli previsti e condivisi.
- Nel corso del colloquio ho ricevuto e compreso le precisazioni e i chiarimenti da me richiesti e relativi al percorso diagnostico/terapeutico indicato.

**Se donna in età fertile: stato di gravidanza**    sì    no    non noto

**ACCONSENTO** ad essere sottoposta/o alle procedure sopra indicate    **NON ACCONSENTO** ad essere sottoposta/o alle procedure sopra indicate

*Il colloquio informativo per la valutazione del consenso/dissenso al trattamento si è svolto alla presenza e con il supporto di:*

Cognome Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

- Parente  
 Mediatore culturale  
 Interprete

Firma del paziente \_\_\_\_\_  
Firma del medico \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

*N.B. La revoca del consenso può legittimamente avvenire in qualunque forma, anche meramente orale. Il paziente può, infatti, revocare il consenso, semplicemente non presentandosi all'appuntamento per l'intervento. In tal caso il medico deve redigere una nota, nella quale esplicita la ragione per la quale non si è proceduto con l'esecuzione dell'intervento. Es: il paziente ha scritto di revocare il consenso, oppure lo ha manifestato oralmente; oppure, ancora, semplicemente, "il paziente non si è presentato per il trattamento" (in quest'ultimo caso, sarà comunque buona regola accertarsi, laddove possibile, della ragione per cui il paziente non si è presentato).*

<p>REGIONE DEL VENETO</p>  <p><b>ULSS9</b> SCALIGERA</p>	<p><b>IMPOSSIBILITA' RACCOLTA CONSENSO</b></p>	<p>A_A6_pr_gestione- consenso-informato_rev00</p>
---	--	---

Io sottoscritto/a Dr. \_\_\_\_\_ dichiaro che il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ho rilevato l'impossibilità di acquisire il consenso alla procedura da parte della persona assistita a causa di:

- Incapacità temporanea dovuta a .....
- Deficit cognitivi che non permettono la comprensione delle informazioni.

Il/La paziente è in pericolo di vita e non è pertanto possibile attendere l'espressione del consenso da parte del suo fiduciario o del suo rappresentante legale, configurandosi lo stato di necessità.

Nel diario clinico è riportato il colloquio avuto con i familiari relativamente alla situazione clinica del/della proprio/a congiunto/a. Sono altresì indicate le motivazioni che rendono necessaria l'esecuzione della procedura.

Data \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_