

	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

COLLOQUIO INFORMATIVO (MODULO 1)

DIAGNOSI (o sospetto diagnostico, quesito clinico) _____

TRATTAMENTO SANITARIO PROPOSTO (procedura terapeutica/diagnostica/riabilitativa/intervento chirurgico, ecc.)

INFORMAZIONI FORNITE DURANTE IL COLLOQUIO

Durante il colloquio intercorso:

- con il paziente
- con l'Amministratore di sostegno _____
- con il tutore/curatore _____
- con il/i genitore/i _____
- e alla presenza di _____

In riferimento al trattamento proposto, sono state fornite informazioni relative a:

- 1) Indicazioni e scopo
- 2) Modalità di esecuzione
- 3) Vantaggi e limiti prevedibili
- 4) Eventuali trattamenti alternativi
- 5) Conseguenze prevedibili della non effettuazione del trattamento proposto
- 6) Rischi e complicanze
- 7) Accertamenti diagnostici/visite/terapie necessari prima
- 8) Terapie, visite di controllo, accertamenti diagnostici necessari dopo ed eventuali indicazioni di comportamento da seguire

A supporto delle informazioni suddette è stato illustrato e consegnato materiale informativo specifico

(Nota informativa n. _____ [COD. _____])

Sono stati forniti recapiti da poter contattare per necessità di ulteriori chiarimenti;

Sono stati discussi, sottolineati ovvero precisati i seguenti aspetti: _____

- Il/La paziente** Firma _____
- Il/I Genitori** _____ Firma _____
 _____ Firma _____
- L'Amministratore di sostegno** Firma _____
- Il Tutore** Firma _____
- Il Curatore** Firma _____

Medico _____

Data / /

Ora :

Firma e timbro del medico

 Logo Azienda	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

ESPRESSIONE / NEGAZIONE DEL CONSENSO (MODULO 2)

Ho ben compreso quanto fino ad ora discusso e condiviso con i professionisti dell'équipe nel corso del processo informativo e dunque:

ACCONSENTO

che il trattamento sanitario proposto:

venga effettuato presso questa struttura.

Il/La Paziente _____ Firma _____

Il/I Genitore/i

Il Tutore /Il Curatore

L'Amministratore di sostegno

Firma _____

NEGAZIONE DEL CONSENSO

Ho ben compreso quanto fino ad ora discusso e condiviso con i professionisti dell'équipe nel corso del processo informativo tuttavia, consapevole dei possibili rischi sulla salute,

NON ACCONSENTO

all'effettuazione del trattamento sanitario che è stato proposto:

Il/La Paziente _____ Firma _____

Il/I Genitore/i

Il Tutore /Il Curatore

L'Amministratore di sostegno

Firma _____

Firma _____

EVENTUALI ANNOTAZIONI

Medico _____

Data / /

Ora :

Firma e timbro del medico