

	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 \_\_\_\_\_
- L'Amministratore di sostegno** \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_
- Il Tutore** \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_
- Il Curatore** \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Medico

Data / /

Ora :

Firma e timbro del medico

	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