

CONSENSO ATTO TERAPEUTICO E DIAGNOSTICO AMBULATORIALE

PAZIENTE

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE: ESTERNO/AMBULATORI PRIMO SOCCORSO
 PRELIEVO VENOSO UTILIZZO RADIAZIONI IONIZZANTI

ALTRO _____

Si procede ad effettuare l'atto terapeutico e/o diagnostico.

INFORMAZIONI FORNITE

Sono state fornite tutte le informazioni relative a:

- | |
|---|
| 1) - Modalità di esecuzione dell'atto terapeutico e/o diagnostico |
| 2) - Eventuali rischi e/o complicanze (anche in riferimento all'eventuale concomitanza di altre patologie) |
| 3) - Eventuali alternative diagnostico-terapeutiche al trattamento proposto (comprese loro aspettative migliorative e rischi e complicanze) |

Verificato che il/la destinatario dell'informazione ha compreso il significato delle informazioni ed è consapevole dei rischi e dei benefici dell'atto terapeutico e/o diagnostico proposto, si procede ad acquisirne il consenso.

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

AVENDO BEN COMPRESO QUANTO MI É STATO SPIEGATO

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**

ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DELL'ATTO TERAPEUTICO E/O DIAGNOSTICO

Data/...../.....

Firma del/la paziente (se maggiorenne e capace di intendere e volere) _____

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela, verificatala loro identità (in caso di pz minorenni)

Firma del tutore o curatore o amministratore di sostegno (verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela o amministrazione di sostegno) _____

Eventuale firma del/la paziente (in caso di curatela o amministrazione) _____

Data...../...../.....

Firma Informatore _____