Casa di Cura Privata "DI LORENZO" spa
Direttore Sanitario: Dott. Angelo Petroni
Via Vittorio Veneto, 37 67051 Avezzano (Aq)
tel 0863 4281 fax 0863 412446 e-mail: info@dilorenzo.it www.dilorenzo.it

Consenso informato al trattamento sanitario di Algologia Invasiva

Dichiarazione di avvenuta INFORMAZIONE

Io sottoscritto/a.....

nato/a a.....

il.....

affetto da …….....

Dichiaro

- che la mia firma sul presente stampato sigilla un percorso di informazione avuto con lo **Specialista in Anestesia, Rianimazione e Terapia del dolore, Dott. Salvatore Petroni,** ben più lungo e completo di quanto viene qui sintetizzato per brevità;
- di essere stato informato/a esaurientemente per via verbale:
  - sulla **diagnosi della malattia** da cui sono affetto/a:

    ……
  - sul **trattamento o i trattamenti** a cui verrò sottoposto/a

    ……
  - sulle **possibili complicanze del trattamento**.
- **di aver ricevuto la scheda informativa che illustra in modo completo la procedura e le possibili complicanze.**

Dichiaro inoltre

- che attualmente assumo i seguenti farmaci:
  - .....
  - .....

- .....
- .....

- che sono allergico/a ai seguenti farmaci e/o alle seguenti sostanze:
  - …….....
  - .....
  - .....
- che sono stato sottoposto/a ai seguenti interventi:
  - …….....
  - .....
  - .....
- che sono altresì affetto/a da:
  - .....
  - .....

<u>Dichiaro infine</u>

- di aver ricevuto informazioni circa i normali tempi della cura e del recupero e circa la **<u>possibilità che si possa verificare un prolungamento della prognosi</u>**. Ho chiaro, inoltre, che il verificarsi di alcune complicanze potrebbe causare la riduzione delle mie attività sociali o lavorative per un periodo di tempo oggi imprecisabile;
- che **<u>non mi è stata data garanzia</u>** di alcun determinato risultato terapeutico;
- che ogni intervento terapeutico potrebbe non essere definitivo ma solo parte di un percorso più ampio.

Dichiarazione di CONSENSO

Chiedo di essere sottoposto/a al seguente trattamento sanitario:

- …….....

- Autorizzo il medico, **ove necessario, a variare l'intervento previsto**, ciò al fine di raggiungere il miglior proposito terapeutico, ovvero al fine di fronteggiare eventuali stati patologici attualmente non evidenziabili.
- Sono consapevole di poter revocare il mio consenso in ogni momento del percorso terapeutico.
- Sono stato informato sulle potenzialità e sui limiti operativi della struttura sanitaria che mi ospita, nonché della possibilità di eseguire tale terapia in altre strutture.
- Mi impegno a seguire scrupolosamente le **indicazioni post-trattamento** che mi verranno fornite, avendo chiaro che l'inosservanza delle stesse può pregiudicare il risultato sperato.
- Sarà mia cura presentarmi regolarmente ai prescritti controlli e informare il curante di ogni eventuale variazione delle condizioni cliniche post trattamento.
- Ho chiaro che ogni ulteriore dubbio o curiosità che mi dovesse sorgere in seguito, verrà soddisfatto dagli stessi medici.

In conclusione, dopo aver ricevuto i chiarimenti richiesti, sottoscrivo il presente atto e, consapevole che con l'apposizione della firma delle parti, l'atto acquista valore di prestazione del proprio consenso informato e di attestazione dei fatti ivi narrati, dichiaro specificatamente di:

- aver compreso quanto il sanitario ha spiegato e chiarito, come sopra sinteticamente riportato;
- di accettare i rischi della terapia paventati;
- **di prestare consenso e chiedere di procedere al trattamento concordato**.

Firma del paziente ……..

Firma del medico …….

Firma del testimone ……

Dichiaro, infine, di aver ricevuto copia della scheda informativa riguardante la procedura concordata:

Firma del paziente ……..

Data.....