

ASLBA

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BA
PRESIDIO OSPEDALIERO _____
Città di _____

Unità Operativa _____

知情同意书 (DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO)

Cognome e Nome
(姓名)
Nato/a il a
(出生于 年 月 日 在)
Atto sanitario da effettuare
(需要执行的治疗建议)

签字人 _____

出生 年 月 日 在 _____

户口登记在 _____

以: ☐ 病患者的身份 ☐ 父母的身份 ☐ 监护人的身份 ☐ 被授权人的身份

- 声明:
- 获悉了适当的信息并且明白了其中意思 ☐ 是 ☐ 不
 - 对所提出的问题都获悉了适当的解释与回答 ☐ 是 ☐ 不
 - 知道了关于有另类疗法的选择的存在 ☐ 是 ☐ 不
 - 知道了关于在不接受的情况下会有什么后果 ☐ 是 ☐ 不
 - 知道了关于有撤回同意书的可能性 ☐ 是 ☐ 不
 - 知道了此同意书包含任何信息关于持续的或不持续的治疗周期, ☐ 是 ☐ 不
 - 以及有关的和随后的预防措施 ☐ 是 ☐ 不
 - 用了足够的时间来做出了决定 ☐ 是 ☐ 不

接受医务人员所提出的治疗建议 ☐ 是 ☐ 不

日期 _____ 签字 _____

在父母二位缺少一位在场的情况下: 本签署人确知按照律法 DPR445/2000 第 76 条条例所规定的责任与刑罚, 如提供虚假的服务与声明, 愿负起有关责任

- ☐ 声明本签署人已经正确的向另一位家长解释并且获得了他的同意
- ☐ 声明本签署人要单独执行父母监护权

父母签字 _____

☐ 在被公认为无行为能力的情况下:

* 监护人签名 / 法定代表人签名 / 被授权人签名:

(附加监护人/法定代表人/被授权人的自我声明)

Dichiaro di aver raccolto l'anamnesi, di aver fornito informazioni specifiche sull'atto sanitario e di aver precedentemente fornito la relativa scheda informativa in merito a indicazioni, controindicazioni, eventuali effetti secondari/ complicanze, alternative, conseguenze, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale del consenso informato. Dichiaro di aver risposto esaurientemente a tutte le domande rivolte e nel caso di utente straniero, che non comprende la lingua italiana, di aver provveduto a fornire informazioni nella lingua d'origine e/o conosciuta o con intervento di un mediatore/interprete.

Firma e timbro di chi acquisisce il consenso _____

Firma e timbro di chi ha effettuato l'atto sanitario _____

签字人 _____ 声明撤回之前于。 . . . 年。 . . . 月。 . . . 日所签署
的同意书 签字 _____

Data.....Firma e timbro di chi ha acquisito la revoca:.....