

Unità Operativa _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Cognome e Nome

Nato/a il a

Atto sanitario da effettuare

Le /La Soussigné/é

né/e le ____/____/____ à

résidant à

en qualité de: ☐ intéressé/e direct/e ☐ parent ☐ tuteur de l'usager* ☐ Administrateur de soutien*

DECLARE :

- avoir reçu les informations adéquates et les avoir comprises ☐ OUI ☐ NON
- avoir reçu des réponses à toutes les questions éventuellement posées ☐ OUI ☐ NON
- être à la connaissance des éventuels choix alternatifs ☐ OUI ☐ NON
- être à la connaissance des conséquences dérivant d'un refus ☐ OUI ☐ NON
- être à la connaissance de la possibilité de révoquer le consentement ☐ OUI ☐ NON
- être à la connaissance que le présent consentement embrasse tous les cycles thérapeutiques nécessaires, continus et non, et de prophylaxies liées et conséquentes ☐ OUI ☐ NON
- avoir eu le temps nécessaire pour décider ☐ OUI ☐ NON

ACCEPTER L'ACTE SANITAIRE PROPOSE ☐ OUI ☐ NON

Date Signature

En cas d'absence d'un des parents : Le/la soussigné/e, de plus, conscient/e des responsabilités et des sanctions pénales prévues par l'art. 76 du DPR 445/2000 pour fausses déclarations et attestations, sous la propre responsabilité,

- ☐ déclare avoir informé correctement l'autre parent et d'en avoir obtenu l'autorisation
- ☐ déclare exercer seul/e l'autorité parentale

Signature du parent

- ☐ En cas d'Usager reconnu incapable :

*Signature du Tuteur/Représentant Légal/Administrateur de soutien
 (joindre auto-certification du Tuteur/ Représentant Légal /Administrateur de soutien)

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

Le/La Soussigné/e déclare révoquer le consentement ainsi que précédemment exprimé en date signature

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