

Unità Operativa _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

ASL	Cognome e Nome Nato/a il a Atto sanitario da effettuare
Parte da compilare a cura dell'assistito	Il/La Sottoscritto/a nato/a il __/__/____ a residente a in qualità di: <input type="checkbox"/> diretto/a interessato/a <input type="checkbox"/> genitore <input type="checkbox"/> tutore dell'utente* <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno* DICHIARA: - di aver ricevuto adeguate informazioni e di averle comprese <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - di aver ricevuto chiarimenti a tutti i quesiti eventualmente posti <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - di essere a conoscenza delle eventuali scelte alternative <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - di essere a conoscenza delle conseguenze derivanti dal rifiuto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - di essere a conoscenza che il presente consenso è onnicomprensivo di tutti i necessari cicli terapeutici, continuativi e non e di profilassi collegati e conseguenti <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - di aver avuto il tempo necessario per decidere <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO di ACCETTARE L'ATTO SANITARIO PROPOSTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Data Firma
ASL	<p>In caso di assenza di uno dei genitori: Il/La sottoscritto/a inoltre, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, sotto la propria responsabilità,</p> <p><input type="checkbox"/> dichiara di aver correttamente informato l'altro genitore e di averne acquisito l'assenso</p> <p><input type="checkbox"/> dichiara di esercitare da solo/a la potestà genitoriale</p> <p style="padding-left: 40px;">Firma del genitore</p> <p><input type="checkbox"/> In caso di Utente riconosciuto incapace:</p> <p>*Firma del Tutore/Legale Rappresentante/ Amministratore di sostegno (allegare autocertificazione del Tutore/ Legale Rappresentante /Amministratore di sostegno)</p> <p>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.</p> <p>Firma e timbro di chi acquisisce il consenso</p> <p>Firma e timbro di chi ha effettuato l'atto sanitario</p>
Assistito	Il/La Sottoscritto/a dichiara di revocare il consenso così come precedentemente espresso in data firma Data Firma e timbro di chi ha acquisito la revoca