

Unità Operativa _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Espresso
riservato
per
uso
ASI

P
A
R
T
E

A

C
U
R
A

D
E
L

P
A
C
I
E
N
T
E

Cognome e Nome

Nato/a il a

Atto sanitario da effettuare

El/La Suscritto/a o

nacido/a el ____/____/____ a

domiciliato a

in qualità di: ☐ diretto/a interessato/a ☐ padri ☐ tutor del usuario* ☐ Administrador de apoyo*

DECLARA:

- de haber recibido adecuadas informaciones y de haberlas entendidas ☐ SI ☐ NO
- de haber recibido aclaraciones a todas las preguntas eventualmente hechas ☐ SI ☐ NO
- de conocer las eventuales scelte alternativas ☐ SI ☐ NO
- de conocer las consecuencias derivantes por el rechazo ☐ SI ☐ NO
- de conocer la posibilidad de revocación de la aprobación ☐ SI ☐ NO
- de conocer que la presente aprobación está ya comprensiva de todos los necesarios ciclos terapéuticos, continuativos y no y de profilaxis liadas y consecuentes ☐ SI ☐ NO
- de haber tenido el tiempo necesario para decidir ☐ SI ☐ NO

de ACEPTAR EL ACTO SANITARIO PROPUESTO ☐ SI ☐ NO

Fecha Firma

En caso de assenza de uno de los padres: El/La suscrito además, consapevole de las responsabilidades y de las sanciones penales preveídas por el art. 76 del DPR 445/2000 para atestaciones y declaraciones falsas, bajo la propia responsabilidad,

- ☐ declara de haber correctamente informado el otro padre y de haber adquirido el asenso
- ☐ declara de ejecutar por si mismo/a la potestad de padre

Firma del padre

☐ En caso de Usuario reconocido incapaz:

*Firma del Tutor/Legal Representante/Administrador de apoyo
(adjuntar autocertificación del Tutor/ Legale Representante /Administrador de apoyo)

Espresso
riservato
per
uso
ASL

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

El/La Suscritto/a declara de revocar la aprobación así como precedentemente expresado en fecha firma

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