

Consenso informato firmato dal rappresentante del paziente

Rappresentante del paziente

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

Ruolo o grado di parentela: _____
(art. 377-378 CC)

Etichetta paziente

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Intervento o procedura

Lateralità destra sinistra bilaterale non prevista / non applicabile

Previsto/a il _____

Con la sua firma, il/la sottoscritto/a conferma di:

- dare il suo consenso all'intervento/alla procedura citato/a del paziente;
- avere ricevuto spiegazioni esaurienti in merito all'intervento citato e in particolare essere stato informato su:
 - diagnosi, piano di cura o possibili complicazioni ed effetti collaterali;
 - eventuali trattamenti alternativi scientificamente riconosciuti;
 - eventuali costi non riconosciuti dall'assicurazione malattia obbligatoria;
- aver ricevuto, letto e compreso la documentazione informativa:

(documento/i consegnato/i alla/al paziente)

- documento informativo non previsto
- aver avuto un tempo di riflessione ragionevole e proporzionale compatibilmente alle esigenze cliniche;
- aver potuto porre tutte le domande necessarie e aver ricevuto risposte esaurienti;
- aver autorizzato l'operatore a modificare in corso di procedura il piano inizialmente previsto qualora in modo non prevedibile o previsto la situazione clinica lo dovesse richiedere. Se ciò dovesse avvenire durante un'anestesia o una sedazione (che impedisce pertanto l'informazione sulla modifica necessaria) l'operatore agirà conformemente alle regole dell'arte medica;
- essere stato informato sui comportamenti da adottare prima e dopo l'intervento e di poter revocare in ogni momento questo consenso.

Eventuali osservazioni:

Luogo e data: _____

Firma rappresentante: _____

Data: _____

Timbro e firma medico/i: _____