



## CONSENSO INFORMATO PER ADULTI

(Età ≥18 anni)

Io sottoscritto/a ..... <p style="text-align: center;"><i>Cognome e nome</i></p>	nato/a il ...../...../.....
---	-----------------------------

Da compilare in caso di tutore/amministratore di sostegno/delegato (allegare documento comprovante il relativo stato giuridico):

Io sottoscritto/a ..... <p style="text-align: center;"><i>Cognome e nome</i></p>	nato/a il ...../...../.....
tutore/amministratore di sostegno/delegato di ..... <p style="text-align: center;"><i>Cognome e nome</i></p>	nato/a il ...../...../.....

### DICHIARO

<ul style="list-style-type: none"> <li>di essere stato informato/a in maniera chiara, completa e comprensibile dal Dott. .... in merito alla prestazione sanitaria proposta.....;</li> <li>di essere stato informato riguardo ai vantaggi attesi, agli eventuali effetti collaterali e ai rischi di complicanze, nonché sulle possibili alternative, sulle possibili conseguenze in caso di rifiuto della prestazione, sulle indicazioni per il follow-up;</li> <li>di aver potuto chiedere al medico chiarimenti e che mi sono stati forniti;</li> <li>di essere stato informato/a che in caso di urgenze cliniche potranno rendersi necessari interventi addizionali o alternativi, già discussi nel corso del colloquio;</li> <li>di essere stato informato/a che posso rifiutare di ricevere informazioni in merito alle procedure proposte pur acconsentendo alla loro esecuzione (facoltà prevista per il paziente, non per l'eventuale rappresentante legale);</li> <li>di essere stato informato/a di poter revocare la scelta effettuata in qualsiasi momento precedente la prestazione;</li> <li>di essere stato informato che in questa Azienda prestano servizio anche medici e altri professionisti sanitari in formazione che, sotto la vigilanza di un tutore, potrebbero partecipare al mio percorso diagnostico-terapeutico.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> di aver letto e compreso quanto illustrato nel FOGLIO INFORMATIVO ALLEGATO

### E PERTANTO

<input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b> alla/e procedura/e sopra indicata/e	<input type="checkbox"/> <b>Dichiaro di rifiutare ogni informazione</b> FIRMA DEL PAZIENTE .....
<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b> alla/e procedura/e sopra indicata/e	
FIRMA DEL PAZIENTE ..... FIRMA DEL TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/DELEGATO .....	Dichiaro di aver verificato la comprensione delle informazioni FIRMA E MATRICOLA DEL MEDICO .....
FIRMA DEL MEDIATORE/INTERPRETE (se presente) .....	FIRMA DEL TESTIMONE (se necessario) .....
DATA ...../...../.....  Ora .....	

<input type="checkbox"/> Dichiaro di <b>REVOcare</b> il consenso Firma ..... Data ...../...../..... Ora .....
<input type="checkbox"/> Dichiaro di aver preso atto della <b>REVOCA</b> Firma del Medico..... Data ...../...../..... Ora.....