

## Modulo di consenso informato

### DATI DEL PAZIENTE

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Età:</b>	<b>Sesso:</b>
<b>Diagnosi:</b>	
<b>Condizioni particolari:</b>	

### DATI DEL PROFESSIONISTA SANITARIO CHE FORNISCE L'INFORMAZIONE

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Qualifica:</b>	

### DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

<b>Cosa è?</b>	Descrizione sintetica della procedura o trattamento previsto:
<b>A cosa serve?</b>	Indicazione dell'obiettivo clinico o terapeutico dell'intervento:
<b>Che natura ha?</b>	Specificazione del tipo di procedura (diagnostica, terapeutica, chirurgica, ecc.):
<b>Cosa comporta?</b>	Spiegazione operativa delle modalità di esecuzione e delle eventuali fasi previste:
<b>Quanto dura?</b>	Indicazione della durata presunta della procedura:

### BENEFICI ATTESI

<b>Cosa posso aspettarmi?</b>	Descrizione degli effetti positivi attesi e dei risultati auspicati:
-------------------------------	--

## RISCHI E COMPLICANZE POTENZIALI

**Cosa può andare storto?**

Indicazione dei principali rischi prevedibili e delle possibili complicazioni:

## CONTROINDICAZIONI

**Relative**

Controindicazioni da valutare caso per caso:

**Assolute**

Condizioni incompatibili con la procedura, che il paziente dichiara non essere presenti nel suo caso:

## ALTERNATIVE DISPONIBILI

**Quali alternative ho?**

Indicazione delle opzioni disponibili:

**Che differenze ci sono?**

Confronto tra la procedura proposta e le eventuali alternative:

**E se non lo faccio?**

Informazioni sulle conseguenze di un eventuale rifiuto o rinuncia:

## INDICAZIONI PRE E POST-PROCEDURA

**Cosa devo fare prima?**

Istruzioni pre-procedura:

**Cosa devo fare dopo?**

Indicazioni post-procedura:

Cosa dovrò evitare?

Comportamenti o attività da evitare per un certo periodo:

A cosa dovrò stare attento?

Segnali da monitorare o condizioni che richiedono attenzione medica:

### ANNOTAZIONI PARTICOLARI

C'è altro da considerare?

Eventuali ulteriori osservazioni rilevanti per lo specifico caso clinico:

### DIRITTI DEL PAZIENTE

Sono consapevole:

Di avere il **diritto di sapere** tutto quello che c'è da sapere sulla mia salute, sui servizi sanitari che sono a mia disposizione, sul modo in cui posso utilizzarli e su tutte le ultime novità che la ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica possono offrire per la mia situazione clinica.

Di avere il **diritto di essere completamente informato**, così da poter partecipare attivamente alle decisioni sulla mia salute e fare una scelta consapevole nel momento in cui presto il consenso alla procedura sopra specificata.

Di essere **libero di cambiare idea in qualsiasi momento**. Pertanto se, per qualsiasi motivo, dovessi decidere di non volermi più sottoporre alla procedura per cui avevo dato il consenso, posso sempre revocarlo senza bisogno di spiegazioni e la mia decisione sarà rispettata.

Di avere il **diritto di richiedere in qualunque momento ulteriori informazioni e chiarimenti** sulla procedura a cui sto per sottopormi. Posso sempre avere accesso a una seconda opinione o a un altro parere esperto qualora ne sentissi la necessità.

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Dichiaro quindi che:

**Sono stato informato** in modo chiaro, comprensibile ed esaustivo sulla procedura a cui intendo sottopormi e, in particolare, sulla sua finalità, natura, portata ed estensione, sulla durata prevista, sui benefici attesi e sulla verosimile percentuale di successo, sui possibili rischi, complicanze e probabilità (ancorché ridotta) di eventi avversi, sulle alternative disponibili e sui relativi rischi e benefici, sulle implicazioni di un eventuale mancato consenso, nonché sulle indicazioni pre e post-procedura.

**Ho avuto l'opportunità di fare domande e ritengo di aver ricevuto risposte chiare e dettagliate;** confermo che tutte le mie perplessità ed eventuali dubbi sono stati risolti con informazioni esaurienti e complete, che mi hanno permesso di comprendere appieno ogni aspetto e conseguenza della procedura cui mi accingo a sottopormi.

**Ho riletto con molta attenzione le informazioni contenute in questo modulo** prima di sottoscriverlo e prestare il consenso informato, e riconosco che esse sono solo una sintesi di quelle più ampie ed esaustive che mi sono state illustrate oralmente.

In piena capacità di intendere e volere, liberamente e spontaneamente, **decido di sottopormi alla procedura** che mi è stata proposta, e sono consapevole del fatto che questo consenso informato verrà inserito nella mia cartella clinica e nel mio fascicolo sanitario elettronico.

Ricevuta l'informativa da parte del titolare, **autorizzo altresì la raccolta, il trattamento e la condivisione dei miei dati personali e sanitari** con altri professionisti coinvolti nel mio percorso di cura, per le finalità di diagnosi o trattamento cui è preordinata la procedura oggetto del presente modulo di consenso informato.

### SOTTOSCRIZIONE

Data:

Firma: \_\_\_\_\_