

Modulo di consenso informato

DATI DEL PAZIENTE

Cognome:	Nome:
Età:	Sesso:
Diagnosi:	
Condizioni particolari:	

DATI DEL PROFESSIONISTA SANITARIO CHE FORNISCE L'INFORMAZIONE

Cognome:	Nome:
Qualifica:	

DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

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

BENEFICI ATTESI

Cosa posso aspettarmi?	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: _____