



MODULO AZIENDALE PER L'INFORMAZIONE E L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

(L. 22 dicembre 2017 n. 219)

MINORI

Gentile Signora/Signore _____,

vi siete rivolti a questa Azienda Ospedaliera per sottoporre ad esami diagnostici, cure ed assistenza sanitaria vostro figlio / il Sig. _____. Per tale motivo è necessario che i qui presenti _____ le *forniscano* tutte le informazioni utili per decidere se acconsentire al percorso di diagnosi e cura che le viene proposto, da effettuare dopo che ne abbia compreso i motivi e sottoscritto lo specifico consenso ben consapevoli che il tempo della comunicazione tra operatore sanitario e paziente è considerato tempo di cura.

L'informazione che le forniamo è finalizzata anche a valorizzare l'alleanza terapeutica con tutti i componenti dell'equipe sanitaria a cui Lei si sta affidando, acconsentendo liberamente di sottoporsi al percorso di diagnosi e cura che le è stato proposto dai sanitari di questa Azienda Ospedaliera, avuto riguardo di quanto ci ha riferito circa le sue convinzioni ed orientamenti sulle scelte in tema di cure. Ove non volesse ricevere tutte o in parte le informazioni sul suo stato di salute e quanto connesso ai rischi di accertamenti, cure ed andamento delle stesse, può indicare persona idonea a riceverle.

Per procedere con gli accertamenti e le cure è importante che Lei o chi per Lei sottoscriva le risposte alle domande del presente modulo informativo generale che è parte integrante delle informazioni sul trattamento specifico allegato.

Le rappresentiamo altresì che le indagini diagnostiche cure mediche o chirurgiche comportano rischi di eventi avversi nonostante il rigoroso rispetto delle raccomandazioni di linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali adottate da questa Azienda Ospedaliera costantemente aggiornate e consultabili sul sito web <http://www.scamilloforlanini.rm.it>.

Con le informazioni ricevute ci proponiamo che lei sia in condizione di orientarsi circa:

- la scelta tra le diverse opzioni di trattamento e di assistenza appropriate al suo caso;
- la facoltà di acquisire, eventualmente, ulteriori pareri di sanitari di sua fiducia;
- la facoltà di scegliere altra struttura sanitaria che le offra opzioni diverse dal trattamento proposto
- il diritto di rifiutare, consapevole delle conseguenze, gli interventi invasivi o la terapia e/o di decidere di interromperla;
- le normali sequele anatomiche e funzionali da affrontare per il decorso del trattamento e/o del decorso post operatorio e riabilitativo, nonché le eventuali complicazioni prevedibili e non del tutto prevenibili.



DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE PER IL MINORE

Io sottoscritto/a nato/a a il
documento d'identità tipo n° del.....

Io sottoscritto/a nato/a a il
documento d'identità tipo n° del.....

in qualità di: esercenti la potestà genitoriale tutore (n° decreto)
di: nato/a a il
documento d'identità tipo n° del.....

con riferimento al colloquio con il medico Dott. ed in presenza di
..... Professionista Sanitario effettuato in data
.....relativamente al seguente atto sanitario proposto (vedi modulo allegato):

rispondo/rispondiamo alle domande del seguente questionario:

- condizione familiare/abitativa: vive da solo vive in famiglia vive presso
- titolo di studio: elementare media inferiore media superiore laurea
- sono stato recentemente ricoverato: no si presso
- ho prestato il consenso informato in precedenti occasioni: no si per
- ho un pediatra di libera scelta/di fiducia: no si dr.
- il pediatra di fiducia è al corrente del motivo del ricovero: no si
- ho avuto informazioni dal pediatra di fiducia sul trattamento da eseguire: no si
- ritengo che il trattamento che mi è stato proposto contrasti in tutto o in parte con le mie convinzioni personali: no si
- ho consultato il sito internet dell'azienda: no si

Consapevole che la comunicazione costituisce tempo di cura dichiaro che:

- ho ricevuto informazioni chiare e complete sulla tipologia e sulle alternative terapeutiche e diagnostiche, sui potenziali benefici, sugli eventuali rischi e complicanze del trattamento
- ho avuto la possibilità di riflettere sul trattamento proposto anche con l'ausilio del foglio informato specifico, che mi è stato consegnato e spiegato con debito anticipo
- sono soddisfatto dell'informazione ricevuta, avendo potuto effettuare anche domande chiarificatrici
- sono stato informato sulla possibilità che i medici curanti possano modificare quanto mi è stato proposto, qualora nel corso della esecuzione della procedura/atto sanitario le condizioni di lo richiedano
- sono stato informato che tutti i trattamenti sanitari possono presentare delle complicanze che mi sono state elencate e che gli stessi possono comportare infezioni correlate all'assistenza

DATA..... FIRMA DELL' INTERESSATO..... FIRMA DEL MEDICO..... FIRMA DELL' INTERESSATO..... FIRMA DEL PROFESSIONISTA



- sono stato informato che ho la facoltà di rifiutare in tutto o in parte qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario correlato alla patologia del sig./sig.ra o singoli atti del trattamento stesso e ho capito che tale rifiuto potrebbe comportare delle conseguenze correlate alla patologia che mi sono state illustrate nell'informativa specifica del trattamento a cui verrò sottoposto.
- relativamente alla comunicazione dei risultati diagnostici/terapeutici dichiaro che gli stessi vengano comunicati a:
 - me stesso SI NO
 - alle persone qui sotto riportate SI NO
 - cognome e nome: documento:
 - cognome e nome: documento:
 - cognome e nome: documento:

e quindi, liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, preso atto della situazione illustrata:

- ACCETTO
- NON ACCETTO anche dopo colloquio psicologico con il dr.
i ben consapevole dei rischi come specificati nell'informativa e che possono condurre fino alla

il trattamento che è stato proposto al sig. / sig.ra e i cui dettagli sono riportati nell'informativa specifica allegata. Dichiaro, inoltre, di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento;

Data ___/___/_____

Firma dell'avente diritto

Timbro e firma del medico

Firma dell'avente diritto

Firma del professionista sanitario

Il presente modulo e l'informativa specifica sono parte integrante della cartella clinica

**ESPRESSIONE DI REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO (Da compilarsi in caso di revoca di consenso precedentemente espresso)**

Io sottoscritto/a: _____

Io sottoscritto/a: _____

in qualità di: esercenti la potestà genitoriale tutore (n° decreto) amministratore di sostegno di:dopo essere stat/i informato/i dei rischi che la mia/nostra decisione comporta liberamente, spontaneamente e in piena coscienza dichiaro / dichiariamo di voler **REVOCARRE** il consenso.

Data ___/___/_____

Firma interessato

Firma interessato

Timbro e firma del medico

Firma del professionista sanitario

Il presente modulo e l'informativa specifica sono parte integrante della cartella clinica