

**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 a vostro figlio/a _____. 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 titolato sottoscriva le risposte alle domande del presente modulo informativo generale che è parte integrante delle informazioni specifiche sul trattamento che le verrà proposto.

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 e condizioni diverse del trattamento proposto
- il diritto di rifiutare, con consapevolezza delle conseguenze, gli interventi invasivi o la terapia – e/o di decidere di interromperla;
- le normali sequele anatomiche e funzionali da affrontare connesse al trattamento e/o al decorso post operatorio e riabilitativo, nonché le eventuali complicazioni prevedibili e non del tutto prevenibili cui rischio di accadimento è talora e aumentato in base alle personali condizioni cliniche nei termini che le verranno meglio precisati nel consenso specifico.

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



DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE

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

Esercente la potestà genitoriale

lo sottoscritto/a nato/a a il
 in qualità di: esercente la potestà genitoriale
 documento d'identità tipo n° del.....

lo sottoscritto/a nato/a a il
 in qualità di: esercente la potestà genitoriale
 documento d'identità tipo n° del.....

Tutore

lo sottoscritto/a nato/a a il
 in qualità di: tutore (n° decreto)
 documento d'identità tipo n° del.....

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

.....

rispondo/rispondiamo alle domande del seguente questionario:

- condizione familiare/abitativa del paziente: vive in famiglia vive presso.....
- titolo di studio: elementare media inferiore media superiore
- il paziente è stato recentemente ricoverato: no si presso
- il consenso informato per il paziente è stato richiesto in precedenti occasioni: no si
 per
- ho un pediatra di libera scelta/di fiducia: no si dr.
- il mio 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 è stato proposto contrasti in tutto o
 in parte con le 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 informativo specifico, che mi è stato consegnato e spiegato con debito anticipo
- sono soddisfatto dell'informazione ricevuta, avendo potuto effettuare a piacimento ed in più occasioni anche domande chiarificatrici,

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



- 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 lo richiedano nei termini delle variabili riportate nel consenso al trattamento specifico sottoscritto ed accettato anche per tale evenienza,
- 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,
- sono stato informato che ho la facoltà di rifiutare in tutto o in parte qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario correlato alla mia patologia di mio figlio/a o singoli atti del trattamento stesso generale e specifico e ho capito che tale rifiuto potrebbe comportare delle conseguenze correlate alla mia patologia illustrate nell'informativa specifica del trattamento a cui verrò sottoposto.
- sono stato informato del fatto **che in base alle condizioni cliniche di partenza vi possa essere un aumento dei rischi connessi al trattamento praticato , individuati nel consenso specifico.**
- tenuto conto che in caso di persona minore il trattamento delle condizioni di salute proposto gli è stato spiegato in modo appropriato alle sue capacità di comprensione

Rappresentante potestà genitoriale / Tutore (firma del solo tutore nel caso sia stato nominato)

- ACCETTO quindi, liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, preso atto della situazione illustrata, sentito ed informato il minore, il trattamento che mi è stato proposto ed i cui dettagli sono riportati nell'informativa specifica allegata
- NON ACCETTO anche dopo supporto psicologico; ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto delle cure che può condurre fino a:
.....
..... e della
possibilità in caso di parere contrario, qualora le cure siano ritenute dal medico appropriate e necessarie, di ricorrere al giudice tutelare per la decisione

Dichiaro, inoltre, di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento;

Esercente la potestà genitoriale

Esercente la potestà genitoriale

Tutore/Amministratore di sostegno

Timbro e firma del medico

Firma del professionista sanitario

Data ___/___/_____

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, firma del solo tutore nel caso sia stato nominato)

in qualità di esercente la potestà genitoriale, io sottoscritto/a:

Nome e cognome: _____

Firma: _____

in qualità di esercente la potestà genitoriale, io sottoscritto/a:

Nome e cognome: _____

Firma: _____

in qualità di Tutore, (n° decreto) io sottoscritto/a:

Nome e cognome: _____

Firma: _____

- dopo essere stato/i informato/i dei rischi che la mia/nostra decisione comporta consapevole/i che la revoca in tutto od in parte per quanto attiene a:.....

.....

- e che il rifiuto delle cure che può condurre fino a:

.....

- e della possibilità, qualora le cure siano ritenute dal medico appropriate e necessarie, di ricorrere al giudice tutelare per la decisione,

- liberamente, spontaneamente e in piena coscienza dichiaro/riamo di voler **REVOCARE** il consenso.

Data ___/___/_____

Timbro e firma del medico

Firma del professionista sanitario

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