



## MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

### DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_ |) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI TITOLARI:

<input type="checkbox"/> <b>GENITORI</b> (se paziente minorenne)	<input type="checkbox"/> <b>TUTORE</b> <input type="checkbox"/> <b>AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO</b> <input type="checkbox"/> <b>FIDUCIARIO</b>
---	--

#### SOGGETTO 1:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_ |) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### SOGGETTO 2:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_ |) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### SINTESI SITUAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE E POSSIBILE EVOLUZIONE DELLA MALATTIA

---



---



---

Barrare se non pertinente

### ATTO SANITARIO PROPOSTO:

---



---

### DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE

Dichiaro che in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sono stato informato sull'atto sanitario proposto e mi è stato consegnato il seguente materiale informativo:

Opuscoli  Schede  Altro \_\_\_\_\_

*e di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente riguardo a lo scopo, i potenziali benefici, le possibile complicanze e le alternative della procedura che mi è stata proposta per*

---



---

(specificare la patologia) Barrare se non pertinente

*e sulla possibilità che i sanitari curanti possano modificare quanto mi è stata proposto, qualora nel corso della esecuzione della procedura le mie condizioni lo impongano.*

Altre informazioni fornite o richieste dal paziente:

---



---

## ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Pertanto liberamente, spontaneamente e in piena coscienza

**accetto**  **non accetto**

il trattamento che mi è stato proposto.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso.

Osservazioni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato/genitori/tutore/  
amministratore di sostegno/fiduciario

Firma del Medico che acquisisce il consenso

Da compilarsi in caso di revoca del consenso precedentemente espresso

## REVOCA DEL CONSENSO

Liberamente, spontaneamente e in piena coscienza dichiaro di revocare il consenso

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato/genitori/tutore/  
amministratore di sostegno/fiduciario

Firma del Medico che acquisisce il consenso

Da compilarsi nei pazienti minorenni in caso di assenza di uno dei genitori

## Dichiarazione motivazione assenza di uno dei genitori

Io sottoscritto

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

### DICHIARA

1. Di essere genitore del minore:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)

2. Di essere stato informato delle disposizioni del Codice Civile che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni.

3. Che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per:  lontananza  impedimento  altro \_\_\_\_\_

4. Che, ai fini dell'applicazione della Legge 8/2/06 n. 54 art. 1, limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito:

che il sottoscritto esercita la potestà separatamente

altro \_\_\_\_\_

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Il/La dichiarante** \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione è stata: sottoscritta in presenza di:

\_\_\_\_\_  
(firma del medico)