

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA OSPEDALIERA di PADOVA
 UOC _____
 Direttore _____

**DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI RIFIUTO
 DELL'ATTO SANITARIO PROPOSTO**

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Codice identificativo paziente</td> </tr> </table>	Codice identificativo paziente	Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Luogo nascita _____ Unità Operativa _____
Codice identificativo paziente		
DATI SANITARI (a cura del medico) Sintesi situazione clinica: _____ _____ Atto sanitario proposto: _____ _____ Dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto, secondo quanto previsto dall'istruzione operativa aziendale "istruzione operativa per l'informazione al paziente e acquisizione del consenso all'atto sanitario". Data: _____ Timbro e firma del medico proponente: _____		
Io sottoscritto _____ dichiaro di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente relativa ai vantaggi del trattamento proposto, alle possibili controindicazioni, all'esperienza della struttura e alle eventuali alternative offerte dalle altre sedi. Mi è stato ricordato che ogni trattamento sanitario comporta alcuni rischi e che, a parere dei medici, i vantaggi di quello che mi è stato proposto giustificano la sua esecuzione. Mi è stata assicurata la disponibilità dei medici della struttura a fornirmi ogni ulteriore informazione qualora lo richieda. Data _____ Firma del paziente * _____		

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA OSPEDALIERA di PADOVA



UOC _____

Direttore _____

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DELL'ATTO SANITARIO PROPOSTO

Codice identificativo
paziente

Dopo aver riflettuto sulle informazioni ricevute Io sottoscritto/a _____
nato/a il _____ ricoverato presso _____ dichiaro di voler

RIFIUTARE

il consenso all'atto sanitario propostomi in data _____

Firma del paziente* _____

Firma medico proponente _____

Firma di Interprete (nel caso sia necessaria la sua presenza) _____

* In caso di minore dati dell'esercente/i la potestà genitoriale

Cognome _____ Nome _____

Cognome _____ Nome _____

Allegare modello di autocertificazione se presente un solo genitore

In caso di soggetto privo totalmente o parzialmente di autonomia decisionale dati del legale rappresentante

Cognome _____ Nome _____

Allegare autocertificazione

Allegati :

- Autocertificazione esercente potestà genitoriale Autocertificazione legale rappresentante
 Copia documento identità Schede informative
 Altro _____