

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

	<b>DATI IDENTIFICATIVI DELLA PAZIENTE</b>	
<b>Codice identificativo paziente</b>	<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>
	<b>Data di nascita</b>	
	<b>Luogo nascita</b>	
	<b>Unità Operativa Complessa</b>	<b>Clinica Ginecologica Ostetrica</b>
<b>DATI SANITARI (a cura del medico)</b>		
<b>Sintesi situazione clinica:</b>		
<b>Atto sanitario proposto:</b>		
<p>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".</p>		
<b>Data:</b>	<b>Timbro e firma del medico proponente:</b>	
<b>Io sottoscritto</b>	<b>dichiaro di aver ricevuto un'informazione</b>	
<p>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.</p>		
<b>Data</b>	<b>Firma del paziente *</b>	

Allegato 3/b

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