

UOC _____
 Direttore _____

**DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO
 ALL'ATTO SANITARIO PROPOSTO**

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE	
Codice identificativo paziente	Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Luogo nascita _____ Unità Operativa _____
<p>DATI SANITARI (a cura del medico) Sintesi situazione clinica:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Atto sanitario proposto:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <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> <p>Data: _____ Timbro e firma del medico proponente: _____</p>	
<p>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.</p> <p>Data _____ Firma del paziente * _____</p>	



REGIONE DEL VENETO
AZIENDA OSPEDALIERA di PADOVA

UOC _____

Direttore _____

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Codice identificativo
paziente

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

ACCETTO

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

Sono a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento
(vedi nota 1). Osservazioni:

Data _____ Firma del paziente * _____

Timbro e Firma del medico proponente _____

Timbro e Firma del medico esecutore _____

Firma dell'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

1) REVOCA DEL CONSENSO prestato il _____

Dopo aver riflettuto sulle informazioni ricevute Io sottoscritto _____

dichiaro di voler **REVOCARE** il consenso

Data _____ Firma/e * _____

Allegati :

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