



Struttura Organizzativa: **SC RADIOLOGIA**

PARTE I – DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE

Cognome e nome del paziente _____

Luogo e data di nascita _____

➤ Dati dei genitori (in caso di minori di età): _____
Cognome e nome della madre _____ Cognome e nome del padre _____

NB: in caso sia presente solo un genitore, allegare il previsto modello di autocertificazione.

➤ Dati del legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale): _____

_____ Cognome e nome del tutore o amministratore di sostegno _____ Sentenza di nomina n. _____

NB: allegare la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante

PARTE II – DATI SANITARI

INFORMAZIONE:

Il/La sottoscritto/a (**PAZIENTE**) _____ dichiara di aver ricevuto la documentazione
informativa _____ in merito alla procedura sopraindicata

Data: _____ Firma del paziente: _____

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ dichiara di aver fornito al/alla paziente un'informazione
completa ed esauriente relativamente:

- alla situazione clinica: _____
- all'atto sanitario proposto _____

attraverso colloquio con il paziente, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale P12 sul consenso informato e di averlo
informato sui benefici, le complicanze, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi ad esso associati, le conseguenze della mancata
esecuzione della procedura proposta, i principali rischi prevedibili rappresentati da

_____ nonché sulle possibile alternative diagnostiche/terapeutiche.

Data: _____ Timbro e firma del medico: _____

PARTE III – ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____ dichiaro:

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto (prospettive del trattamento/alternative,
benefici, esaurienti risposte alle domande effettuate), e sui rischi prevedibili attraverso il colloquio con il
Dr. _____

- di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento;
- di **ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.
- osservazioni: _____

Data _____ Firma Paziente _____

Timbro e Firma del medico _____

Nel caso di paziente straniero, nome cognome e firma del Mediatore culturale _____

Io sottoscritto/a _____ in data _____
dichiaro di **voler REVOCARE il consenso**, di essere a conoscenza delle conseguenze di tale revoca e di essere stato informato in merito alle alternative diagnostiche/terapeutiche.

Firma _____

