

REGIONE DEL VENETO 	Procedura Operativa "La gestione del consenso informato nella relazione di cura" ALLEGATO 2 MODULO PER L'ESPRESSIONE DEL CONSENSO INFORMATO	A_A6_pr_gestione- consenso- informato_rev02
---	---	--

Cognome		ETICHETTA
Nome		
Data di nascita		
Luogo di nascita		

Oppure

Cognome		DELEGATO
Nome		
Data di nascita		
Luogo di nascita		

- Dichiaro di essere stata/o informata/o dal Dr. _____ che
 verrò sottoposta/o a _____
(indicare sito/lato ove indicato) per _____
- Mi sono stati spiegati i motivi per cui la procedura diagnostico-terapeutica risulta indicata. Nel corso del colloquio mi sono state illustrate le modalità di esecuzione e mi sono stati indicati rischi, possibili complicanze ed eventuali alternative terapeutiche. Le suddette informazioni sono riassunte in un Foglio Informativo, che mi è stato consegnato e che dichiaro di aver letto e compreso.
- Sono stata/o inoltre informata/o che nel corso della procedura diagnostica o del trattamento potrebbe evidenziarsi un quadro clinico diverso da quanto previsto, ovvero che potrebbero verificarsi circostanze non attese e tali da rendere opportuno o necessario procedere all'effettuazione di ulteriori interventi diagnostico-terapeutici differenti da quelli previsti e condivisi.
- Nel corso del colloquio ho ricevuto e compreso le precisazioni e i chiarimenti da me richiesti e relativi al percorso diagnostico/terapeutico indicato.

Se donna in età fertile: è in stato di gravidanza? ☐ sì ☐ no ☐ non noto

☐ **ACCONSENTO** ad essere sottoposta/o alle procedure sopra indicate ☐ **NON ACCONSENTO** ad essere sottoposta/o alle procedure sopra indicate

REGIONE DEL VENETO  ULSS9 SCALIGERA	Procedura Operativa “La gestione del consenso informato nella relazione di cura” ALLEGATO 2 MODULO PER L’ESPRESSIONE DEL CONSENSO INFORMATO	A_A6_pr_gestione- consenso- informato_rev01
---	---	--

Il colloquio informativo per l’espressione del consenso/dissenso al trattamento si è svolto alla presenza e con il supporto di:

Cognome		☐ Familiare ☐ Mediatore culturale ☐ Interprete
Nome		
Data di nascita		

**Firma della persona assistita o del
delegato (*)**

Firma del medico

Data _____ Ora _____

(*) come da Modulo di Delega – Allegato 4.