

**MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO
DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO/ATTO SANITARIO**

(L. 22 dicembre 2017 n. 219)

PERSONA CAPACE

Gentile Signore/Signora (Nome e Cognome)	
Si è rivolto/a a questa struttura (denominazione della struttura)	
<p>per sottoporsi ad esami diagnostici, cure ed assistenza sanitaria. Per questo motivo è necessario fornirLe ogni informazione utile per decidere se acconsentire al percorso di diagnosi e cura proposto. Tale percorso potrà essere iniziato solo dopo che ne abbia compreso i motivi e sottoscritto lo specifico consenso.</p> <p>Le informazioni sono finalizzate anche a rafforzare l'alleanza terapeutica con i componenti dell'equipe sanitaria a cui si sta affidando, avuto riguardo di quanto ci ha riferito circa le sue convinzioni ed orientamenti sulle scelte in tema di cure.</p> <p>Ove non volesse ricevere tutte o in parte le informazioni sul suo stato di salute e su quanto connesso ai rischi relativi agli accertamenti e alle cure, può indicare una persona idonea a riceverle oppure decidere di non ricevere ulteriori informazioni.</p> <p>Per procedere con gli accertamenti e le cure è importante che Lei o chi per Lei titolato sottoscriva il presente modulo di consenso informato a conclusione del colloquio informativo, che può essere stato accompagnato dalla fornitura di un foglio informativo, il cui scopo è quello di rendere edotta la persona assistita rispetto alle sue condizioni di salute e di aggiornarla in modo completo riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici ed ai rischi degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti sanitari proposti, nonché riguardo alle possibili alternative ed alle conseguenze di un eventuale rifiuto.</p> <p>Le informazioni che Le sono state fornite durante il colloquio ed eventualmente riportate nel foglio informativo hanno l'obiettivo di metterla in condizione di orientarsi circa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la scelta tra le diverse opzioni di trattamento e di assistenza appropriate al suo caso; • la facoltà di acquisire, eventualmente, ulteriori pareri di sanitari di sua fiducia; • la facoltà di scegliere un'altra struttura sanitaria che le offra opzioni e condizioni diverse del trattamento proposto; • il diritto di rifiutare, con consapevolezza delle conseguenze, gli interventi invasivi o la terapia, e/o di decidere di interromperla; • le normali sequele anatomiche e funzionali da affrontare connesse al trattamento e/o al decorso post-operatorio e riabilitativo, nonché le eventuali complicazioni prevedibili e non del tutto prevenibili, il cui rischio di accadimento è talora aumentato in base alle personali condizioni cliniche. 	

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE - PERSONA CAPACE				
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)				
Nato/a a		Il (GG/MM/AAAA)	_ / _ / _	
Documento d'identità		n.		del _ / _ / _
Con riferimento al colloquio con: (Nome e Cognome dell'operatore)				
Alla presenza di: (Nome e Cognome degli operatori che partecipano al colloquio)				
Effettuato il (data e ora)		Relativamente al seguente atto sanitario proposto:		
DICHIO CHE:				
<ul style="list-style-type: none"> ho ricevuto informazioni chiare e complete sulle mie condizioni cliniche, sul trattamento proposto, i suoi potenziali benefici, eventuali rischi e complicanze, nonché sulle alternative terapeutiche e diagnostiche; ho avuto la possibilità di riflettere sul trattamento proposto anche con l'ausilio del foglio informativo specifico, che mi è stato consegnato e illustrato; sono stato informato sulle possibili complicanze, anche di natura infettiva, connesse alla procedura diagnostico/terapeutica, alla loro incidenza anche in rapporto alle condizioni specifiche della singola persona assistita; sono stato informato che ho la facoltà di rifiutare in tutto o in parte qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario correlato alla mia patologia o singoli atti del trattamento stesso generale e specifico e ho capito che tale rifiuto potrebbe comportare delle conseguenze illustrate nell'informativa specifica del trattamento proposto. 				
DICHIO INOLTRE CHE:				
Ho un medico di famiglia/di fiducia:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ è il/la Dott./Dott.ssa:			
Il mio medico di famiglia/fiducia è al corrente del motivo del ricovero:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ			
Il mio medico di famiglia/fiducia mi ha fornito informazioni sul trattamento da eseguire:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ			

DICHIO CHE QUALSIASI INFORMAZIONE SUL MIO STATO CLINICO VENGA COMUNICATA A:			
<input type="checkbox"/> ME STESSO <input type="checkbox"/> ALLE PERSONE DI SEGUITO RIPORTATE			
Nome e Cognome		Documento	
Nome e Cognome		Documento	
<input type="checkbox"/> NESSUNO. Non voglio ricevere informazioni e non voglio che nessun altro le riceva al posto mio.			
SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO – PERSONA CAPACE			
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
<input type="checkbox"/> DELEGO quale familiare o persona di mia fiducia incaricata di esprimere il consenso in mia vece il/la sig./sig.ra _____ (Compilare la sezione DELEGA ALLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO – PERSONA CAPACE)			
<input type="checkbox"/> ACCETTO quindi, liberamente e spontaneamente, preso atto della situazione illustrata, il trattamento che mi è stato proposto e i cui dettagli sono stati illustrati nel colloquio informativo e nel foglio informativo eventualmente fornito;			
<input type="checkbox"/> ACCETTO quindi, liberamente e spontaneamente, di sottopormi alle indagini/trattamenti proposti dal medico/equipe, dei quali non intendo prendere visione né essere informato (cosiddetto ASSENSO DIMIDIATO);			
<input type="checkbox"/> NON ACCETTO, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto delle cure che può comportare anche (specificare): _____			
<input type="checkbox"/> DICHIO inoltre di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento.			
Firma della persona assistita			
Firma del medico			
Firma degli operatori presenti			
NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA ABBA DELEGATO TERZI ALLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO			
Firma della persona delegata ed estremi del documento			
NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)			
Dichio di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.			
Nome Cognome ed estremi documento mediatore culturale		Firma	
Data e ora di acquisizione del consenso			

SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO ESPRESSO DAL DELEGATO – PERSONA CAPACE

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)					
Nato/a a:		Il (GG/MM/AAAA)			__/__/____
Documento d'identità		n.		del	__/__/____
In qualità di DELEGATO del sig./sig.ra					
<input type="checkbox"/> ACCETTO liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, preso atto della situazione illustrata, il trattamento che mi è stato proposto e i cui dettagli sono riportati nell'informativa specifica allegata; <input type="checkbox"/> NON ACCETTO, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto delle cure che può comportare anche (specificare): <input type="checkbox"/> DICHIARO inoltre di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento.					
Firma del delegato					
Firma del medico					
Firma degli operatori presenti					
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)					
Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.					
Nome Cognome ed estremi documento mediatore culturale			Firma		
Data e ora					

REVOCA DEL CONSENSO – PERSONA CAPACE			
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
IN QUALITÀ DI:			
<input type="checkbox"/> INTERESSATO <input type="checkbox"/> DELEGATO			
INFORMATO			
dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto delle cure che può condurre fino a (specificare):			
IN RELAZIONE AL CONSENSO			
Sottoscritto il (data)		Relativamente al seguente atto sanitario proposto:	
DICHIARO			
LIBERAMENTE, SPONTANEAMENTE E IN PIENA COSCIENZA DI VOLER <input type="checkbox"/> REVOCARRE IL CONSENSO			
Firma del dichiarante			
Firma del medico			
Firma degli operatori presenti			
NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)			
Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. la mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.			
Nome Cognome ed estremi documento mediatore culturale		Firma	
Data e ora			