

CARTELLA N. _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AD INTERVENTO CHIRURGICO

del Sig./Sig.ra _____ data di nascita _____

Mi è stato proposto dal Dott. _____ un intervento chirurgico di:

_____ DX SN

perché affetto da _____.

Dichiaro di essere stato informato del tipo di intervento da eseguire, che consiste in:

Sono consapevole che la patologia di cui sono affetto rende poco efficace trattamenti alternativi e che i benefici attendibili sono: _____

Mi sono state illustrate le possibili più importanti complicazioni intra- e post-operatorie che possono avvenire:

Sono a conoscenza del normale decorso post-operatorio: _____

Sono a conoscenza che prima dell'intervento dovrò effettuare accertamenti pre-operatori per valutare l'operabilità. potrò essere valutato ambulatorialmente dal cardiologo, dal medico internista e dall'anestesista sulla scorta di esami di laboratorio, strumentali, esame clinico e quant'altro dovesse rendersi necessario.

Sono stato informato altresì, che le mie condizioni di salute oltre ai rischi comuni, mi espongono ai seguenti rischi personali:.....
.....

Dichiaro che copia del presente modello mi è stato consegnato in occasione della visita ambulatoriale, nel corso della quale mi è stato proposto l'intervento chirurgico.

Dichiaro di autorizzare l'intervento propostomi e sono consapevole che nel corso di esso si possono manifestare condizioni impreviste che rendono necessarie procedure diverse da quelle contemplate in origine: acconsento pertanto all'esecuzione di interventi alternativi che i chirurghi considerassero necessari. Vengono al contrario esplicitamente escluse estensioni del trattamento che non rivestano caratteri di urgenza e che comporterebbero una variazione significativa dei tempi e delle modalità dell'intervento chirurgico e/o del decorso post-operatorio.

Sono stato rassicurato che la Casa di è dotata di specifici protocolli operativi che assicurino lo svolgimento delle pratiche assistenziali secondo i più aggiornati criteri di effi-

cazia ed efficienza; nonché per la prevenzione delle complicanze su ipotizzate che dovessero insorgere ed eventualmente per la gestione delle emergenze.

Per una migliore comprensione delle informazioni ricevute, ho chiesto chiarimenti al Medico che mi ha fornito dettagliate spiegazioni:

.....

Note:

.....

Dichiaro di aver avuto tempo sufficiente per poter riflettere sulle informazioni ricevute in modo da fornire il consenso all'intervento chirurgico in maniera consapevole. Infine io sottoscritto/a dichiaro che nessuna garanzia o assicurazione mi è stata fornita circa i risultati che rappresentano l'obiettivo dell'intervento chirurgico.

Dichiaro, di aver letto attentamente il documento e di aver compreso in ogni sua parte il significato di questo consenso.

Dichiaro che il medico si è accertato che io abbia ben compreso indicazione all'intervento, tipologia, complicanze, rischi e benefici.

Per tutto quanto sopra esprimo il mio consenso all'intervento di
 dopo aver avuto tempo sufficiente per riflettere

Firma del Paziente: _____

Firma del Medico: _____

Data: ___/___/___

IDENTIFICAZIONE SITO CHIRURGICO	INTERVENTO DI		
	<i>Contrassegnare con una X</i>	<i>Data</i>	Firma del Medico:
LATO CHIRURGICO	DESTRO		
	SINISTRO		

Io sottoscritto paziente dichiaro inoltre che il medico, coinvolgendomi pienamente, ha provveduto a contrassegnare in maniera esatta con pennarello indelebile il sito chirurgico.

Firma del Paziente: _____