



DATI PAZIENTE:

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _/ _/ _ _ _ _

Procedura proposta:

Il personale medico in formazione potrà partecipare alla procedura con supervisione adeguata al suo livello di autonomia.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE rischi, benefici, complicanze, ecc:

Contatti (se il paziente/genitori necessitano di chiarimenti ulteriori) _____

Data colloquio informativo _/ _/ _ _ _ _

Firma dei genitori/tutore/paziente _____

Medico _____ Firma _____



DATI PAZIENTE:

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita __/__/____

Con la presente dichiarazione, da valere come dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 DPR 18.12.2000, n. 445) e manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia/nostra volontà, io/noi sottoscritto/a/i:

1. Cognome/Nome

nato/a il..... residente a via n.....

2. Cognome/Nome

nato/a il..... residente a via n.....

in qualità di:

genitore/i del paziente minorenni tutore del paziente paziente maggiorenne altro(specificare).....

DICHIARO/DICHIARIAMO, consapevole/i delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia/nostra personale responsabilità:

di essere stato/a/i informato/a/i in modo completo, esaustivo e comprensibile, in forma scritta, in forma verbale,

in televisita

dal Dr. _____ riguardo a:

- ❖ le condizioni cliniche di mio/nostro figlio;
- ❖ i trattamenti o le procedure prospettati con potenziali benefici, rischi e probabilità di successo;
- ❖ le possibili alternative;
- ❖ i possibili problemi relativi al recupero o alla piena guarigione;
- ❖ le competenze dell'equipe e alla partecipazione alla procedura di medici in formazione;
- ❖ le possibili conseguenze del non trattamento;
- ❖ la possibilità di revocare in qualsiasi momento il consenso all'esecuzione della procedura.
- ❖ di aver ricevuto copia della informativa alla procedura proposta

di esercitare la responsabilità genitoriale in materia sanitaria senza limitazioni (*in questo caso tutti gli esercenti la responsabilità genitoriale devono esprimersi in merito al consenso*).

che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile¹, il/la sottoscritto/a esercita per la presente procedura la responsabilità genitoriale in modo esclusivo, in quanto l'altro genitore è oggettivamente impossibilitato all'esercizio della stessa per lontananza, impedimento o incapacità (specificare)

che il/la sottoscritto/a è autorizzato/a ad esprimere in via esclusiva il consenso informato per la presente procedura in base ad un provvedimento giurisdizionale (da allegare alla presente).

ACCONSENTO/ACCONSENTIAMO NON ACCONSENTO/NON ACCONSENTIAMO

a sottoporre nostro/a Figli/a alla procedura proposta

Firma del paziente _____ Data __/__/____

Firma del genitore/altro _____ Data __/__/____

Firma del genitore/altro _____ Data __/__/____

Cognome e nome del mediatore (se intervenuto) _____ Firma _____

Medico che acquisisce il consenso _____

Firma _____ data __/__/____ ora _____

¹¹Art. 317 del codice civile, primo comma: "Nel caso di lontananza, di incapacità o di altro impedimento che renda impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della responsabilità genitoriale, questa è esercitata in modo esclusivo dall'altro".