

Il sottoscritto Dr.

dichiara, sotto la propria responsabilità, di avere fornito informazioni complete e comprensibili

ai/al/alla Sigg. (*)/Sig./Sig.ra:

Cognome e Nome: nato/a il: __/__/____

Cognome e Nome: nato/a il: __/__/____

☐ padre ☐ madre ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno ☐ fiduciario (**)

di:

Cognome e Nome del paziente: nato/a il: __/__/____

☐ per il tramite del **mediatore culturale** (***)

in merito della necessità di sottoporre il paziente a

In base alla documentazione scientifica disponibile sono state fornite informazioni su:

- | | |
|---|---|
| ☒ Condizioni cliniche/ motivazioni che rendono necessario l'atto sanitario proposto | ☒ Eventuali modalità di recupero e guarigione |
| ☒ Scopo e Modalità di esecuzione dell'atto sanitario proposto; | ☒ Probabilità di successo |
| ☒ Benefici e vantaggi derivanti dalla sua esecuzione | ☒ Possibili alternative |
| ☒ Potenziali effetti collaterali e/o inconvenienti | ☒ Difficoltà e/o problemi che possono derivare dalla sua mancata esecuzione |
| ☒ Controindicazioni, possibili complicanze e rischi | ☒ Professionisti sanitari cui rivolgersi per ulteriori informazioni |
| ☒ Possibilità di rifiutare l'atto sanitario, ovvero di revocare successivamente il consenso informato | |

Sono state inoltre fornite le seguenti informazioni:

A integrazione dell'informazione fornita è stato consegnato il seguente specifico **materiale informativo**:

(Indicare i riferimenti identificativi del materiale fornito)

Data: __/__/____ Firma e timbro del Medico:

Io/noi sottoscritto/a/i Sig./Sig.ra/Sigg. (*) (**).....dichiaro/iamo, in modo consapevole, di:

- ☒ aver ricevuto informazioni dettagliate in merito all'atto sanitario proposto
- ☒ aver compreso le informazioni fornitemi dal Medico
- ☒ essere stato/a/i informato/a/i della possibilità di rifiutare l'atto sanitario
- ☒ essere stato/a/i informato/a/i che in qualsiasi momento posso/iamo chiedere ulteriori chiarimenti delucidazioni
- ☒ essere stato/a/i informato/a/i che in qualsiasi momento posso/iamo revocare il consenso informato
- ☒ aver ricevuto e compreso lo specifico materiale informativo, sopra indicato, a integrazione dell'informazione fornita.

Data: __/__/____ Firma:

Padre

Data: __/__/____ Firma:

Madre

Data: __/__/____ Firma:

persona che rappresenta il paziente

(*) se all'atto della sottoscrizione del consenso è presente un solo genitore, compilare la sezione "Autocertificazione per genitore unico" a pagina 2

(**) persona indicata dal paziente nelle DAT

(***) In caso di intervento del mediatore culturale, procedere alla registrazione nella sezione dedicata a pagina 2

In base alle informazioni ricevute, in piena consapevolezza e libertà decisionale, tenuto conto (laddove possibile) della volontà del minore/incapace, esprimo/iamo:

☐ CONSENSO ☐ DISSENSO all'atto sanitario di cui sopra

Data: ____/____/____ Firma:

Padre

Data: ____/____/____ Firma:

Madre

Data: ____/____/____ Firma:

persona che rappresenta il paziente

Firma e timbro del Medico:

In data ____/____/____ il/la/i Sig./Sig.ra/Sigg.

revoca/no il proprio consenso all'atto sanitario di cui sopra.

Firma e timbro del Medico:

Firma:

Padre

Firma:

Madre

Firma:

persona che rappresenta il paziente

*SEZIONE AUTOCERTIFICAZIONE PER GENITORE UNICO

Con la presente il/la sottoscritto/a dichiara:

☐ di essere l'unico/a rappresentante legale del minore

☐ l'impedimento alla presenza dell'altro genitore, Sig./Sig.ra:

Cognome e Nome _____ nato/a il: ____/____/____

che è stato/a informato/a dell'atto sanitario proposto ed esprime il proprio accordo.

Data: ____/____/____ Documento: _____ Firma:

Il genitore presente

*** SEZIONE INDICAZIONE MEDIATORE CULTURALE

Il/La Sottoscritto/a

cognome e nome

in qualità di mediatore culturale, attesta di aver rappresentato in modo esaustivo le informazioni rese dal sanitario

Documento.....n.....

Data ____/____/____ Firma.....

Il mediatore culturale

(Allegare la fotocopia del documento d'identità del mediatore culturale)