

SANITAS FRIULI S.r.l.	Nome Documento: MODULO CONSENSO INFORMATO INTERVENTO CHIRURGICO	<i>Codice Documento:</i> MO.02 CHIR
	<i>File di Archivio:</i> MO.02.CHIR Modulo consenso informato intervento chirurgico.docx	REV_04 OTTOBRE 2021

Io sottoscritto/a «nome_e_cognome» dichiaro con la presente che:

1. mi è stato diagnosticato
2. mi è stato proposto di sottopormi a procedura medico-chirurgica cui acconsento di sottopormi in base a quello che mi è stato spiegato relativamente ai rischi, agli effetti ed alle conseguenze -anche negative- che ne possono derivare, ad esempio:
.....
3. ho potuto porre al dott «SPECIALISTA» le domande che ritenevo opportune, e ho da questi ricevuto risposte chiare e comprensibili, nonché la disponibilità a mettere a mia disposizione documentazione scritta per integrare le informazioni fornite, affinché io potessi prendere una decisione consapevole;
4. Sono stato informato/a che posso anche cambiare idea, e non sottopormi alla pratica medico-chirurgica in questione, accedendo ad altro tipo di trattamento (ad esempio:) o rifiutando l'atto diagnostico/terapeutico, ed accettandone le conseguenze di tale decisione, per esempio:
.....
5. Sono stato informato/a che la prestazione in questione verrà erogata: in ambulatorio Chirurgico.
6. Sono stato informato che prelievo viene eventualmente inviato al laboratorio per esame isto-patologico.

Se donna in età fertile: conferma di essere non essere in stato di gravidanza.

Allergie e/o intolleranze a farmaci: no sì

Gemona del Friuli «data_intervento»

(con la firma si dichiara di accettare l'atto medico/chirurgico di cui al punto 2)

Il dichiarante «nome_e_cognome»

Il medico (dott. «SPECIALISTA»)

.....

.....

Nome, cognome e firma del tutore nei casi previsti dalla legge

Nome, cognome e firma del mediatore culturale

ATTO DI REVOCA del consenso a Con la presente, si revoca il consenso sopra espresso.

Gemona del F.....

Il Dichiarante.....

Il Medico