

SANITAS FRIULI S.r.l.	Nome Documento: CONSENSO INFORMATO INTERVENTO DI RIMOZIONE DI NEOFORMAZIONI CUTANEE E SOTTOCUTANEE	Codice Documento: MO.05 DERM
	File di Archivio: MO.05 DERM Consenso informato intervento di rimozione di neoformazioni cutanee e sottocutanee.docx	Data di emissione: REV_02 OTTOBRE 2021

ATTO DI CONSENSO

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____ e residente a _____

DICHIARO

di aver letto il protocollo di consenso informato unito alla presente scheda.
Inoltre, l'intervento mi è stato dettagliatamente illustrato dal chirurgo e ritengo di averne compreso scopi e limiti.

AUTORIZZO

Il dr/prof _____ ed i suoi collaboratori ad eseguire su di me l'intervento di:

_____ e a modificare secondo scienza e coscienza e secondo le contingenti necessità le tecniche programmate, sia nel corso dell'intervento stesso che in periodo post-operatorio.

So che dovrò essere sottoposto/a ad anestesia: _____

Accetto di sottopormi alle terapie mediche e fisiche che mi verranno prescritte nel periodo post-operatorio, essendo informato/a che, in caso contrario, potrei compromettere l'esito dell'intervento.

Poiché la chirurgia non è una scienza esatta, non può essere precisamente programmato a priori l'esatto risultato, così come la qualità delle cicatrici residue e l'eventuale costituzione di ematomi e sieromi, in quanto tali eventi dipendono non solo dalle tecniche chirurgiche impiegate ma ancor più dalle risposte dell'organismo.

Firma del paziente _____
Firma dell'esercente la patria potestà in caso di minore _____
Firma del chirurgo _____

Acconsento ad essere fotografato/a prima, durante e dopo l'intervento, a scopo di documentazione clinica, che la struttura si impegna ad usare solo a fini didattico/scientifici con assoluta garanzia di anonimato.

Firma del paziente _____
Firma dell'esercente la patria potestà in caso di minore _____
Firma del chirurgo _____

Data _____