

Consenso informato stereotassi

Io sottoscritto **Sig. /ra**

Nato /a il _____/_____/_____

In qualità di:

- paziente
- genitore del minore (allegata autocertificazione)
- tutore/rapresentante legale delegato

Dichiara di essere stato adeguatamente informato tramite

- modello illustrativo consegnato e conservato in cartella
- colloquio

Sulla necessità di essere sottoposto/a al trattamento sotto indicato:

E di aver avuto la possibilità di formulare, in merito, le domande necessarie e di avere avuto le risposte utili per manifestare in maniera consapevole il consenso sull'atto sanitario proposto.

In particolare sono stato informato:

- ✓ Sulle eventuali alternative terapeutiche e sulle conseguenze di un mancato trattamento della malattia
- ✓ Sulle caratteristiche dell'intervento/procedimento proposto, sui benefici attesi, sulle conseguenze previste ed anche sui rischi che esso comporta
- ✓ Sulla modalità della struttura sanitaria di intervenire in caso di manifestazione del rischio collegato
- ✓ Sul fatto che deve essere garantita una obbligazione di mezzi e non di risultato (cioè che non possono essere garantite: corretta diagnosi, guarigione e miglioramento delle condizioni di salute del paziente, laddove determinate da cause che non dipendono dal comportamento del sanitario)
- ✓ Sui tempi e sui modi di recupero (periodo di malattia)
- ✓ Sul prevedibile periodo di incapacità lavorativa
- ✓ Sul fatto che nel corso dei procedimenti in oggetto si possono manifestare condizioni impreviste ed imprevedibili che possono necessitare di procedure diverse da quelle illustrate

Pertanto autorizzo il professionista ad effettuare gli interventi che riterrà assolutamente necessari ed indispensabili in corso d'opera.

Per quanto sopra, il sottoscritto autorizza l'operatore/equipe di questa struttura ad effettuare la prestazione sopra specificata.

DATA: _____

IL MEDICO

il Paziente Rappresentante Legale o delegato
