REGIONE TOSCANA - AZIENDA USL TOSCANA CENTRO
S.C. Chirurgia Generale
Dir. Dr. Alessandro Anastasi
Ospedale San Giovanni di Dio *Via di Torregalli, 3 - 50143 - Firenze*

CONSENSO INFORMATO PER PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

Io sottoscritto/a ..... dichiaro di essere stato informato in modo a me comprensibile dal DOTT.

- Sulla necessità di essere sottoposto all'intervento chirurgico di ..... per ..... e richiede ed acconsente che i sanitari del Reparto dispongano ed eseguano le procedure diagnostiche necessarie alla migliore definizione della malattia di cui sono affetto (compresi anche eventuali accertamenti per l'HIV) e successivamente provvedano al suo trattamento secondo le modalità ritenute più idonee al mio caso.

Dichiaro di aver ricevuto in data _____ la scheda informativa relativa al trattamento chirurgico proposto e:

- Di aver compreso la natura della patologia da cui sono affetto;
- Di avere compreso la necessità del trattamento chirurgico proposto;
- Di essere stato informato in modo comprensibile della modalità di effettuazione della procedura;
- Di essere stato informato dei verosimili risultati attesi;
- Di avere compreso ed accettato i rischi correlati alla procedura;
- Di esser stato informato sulle eventuali complicanze generiche e/o specifiche, precoci e tardive e sulle sequele correlate alle procedura;
- Di acconsentire che la tecnica operatoria proposta possa subire variazioni in corso di intervento, qualora venga ravvisata una necessità per condizioni rilevate solo in fase di esecuzione dell'intervento;
- Di essere stato informato sulle eventuali alternative terapeutiche;
- Di osservare le prescrizioni mediche e le norme pre-operatorie indicatemi;
- Di essere stato informato sullo svolgimento del decorso post-operatorio, nonchè sulle istruzioni da seguire ed i comportamenti da tenere dopo la dimissione;
- Di essere stato informato delle possibili conseguenze in caso di ritardo o rifiuto dell'intervento;
- Di non avere assunto alcoolici o sostanze stupefacenti nelle ultime 24 ore e di rimanere digiuno dalla mezzanotte precedente l'intervento;
- Di essere stato informato sulla possibilità di rinvio dell'intervento per cause di forza maggiore;
- Di avere ricevuto nel corso del colloquio personale con il DOTT. FRATARCANGELI RICCARDO informazioni dettagliate sul trattamento proposto, di aver avuto a disposizione tempo ed attenzione sufficienti per porre domande e ottenere ulteriori chiarimenti ed affermo che le spiegazioni fornite sulla mia malattia, sulle procedure diagnostiche e terapeutiche sono state chiare, comprensibili ed esaurienti, riservandomi la facoltà di chiederne di ulteriori in ogni momento della degenza.
- Di essere informato che affermazioni inesatte potrebbero avere conseguenze sul decorso clinico.

NOTE:_____
_____

Acconsento inoltre, in conformità a quanto previsto dall'art.22 della legge 675/96 sulla tutela della privacy, che le notizie inerenti il mio stato di salute, qualora fosse necessario e richieste, siano fornite a:

A tutti **A nessuno** **Solamente alle seguenti persone:**

- Cognome _____ Nome_____ Parentela_____
-
- Cognome _____ Nome_____ Parentela_____

Primo testimone_____Secondo testimone_____
(se paziente impossibilitato ad apporre la sua firma o se non vedente)

Firenze, lì _____ _____
Firma del Medico Firma Paziente o Legale Rappresentante o Fiduciario
DOTT. Letto, compreso, approvato e sottoscritto

Acquisizione conferma del consenso in data _____ per le motivazioni tracciate nel diario clinico

Firma del Medico Firma Paziente o Legale Rappresentante o Fiduciario