



**CONSENSO INFORMATO
SULLA RELAZIONE DI CURA E DI FIDUCIA TRA PAZIENTE E SANITARI
DELLA ASL DI PESCARA NELLE PRESTAZIONI EROGATE IN REGIME
DI RICOVERO ORDINARIO O ALTRE MODALITA' ASSISTENZIALI
PREVISTE DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Io sottoscritto, ricoverato presso l'Unità Operativa di, dichiaro di aver ricevuto in modo chiaro e comprensibile dal Dott., nella sua qualità di, le fondamentali informazioni sulle attività diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali che il mio quadro clinico al momento attuale richiede e, conseguentemente, i relativi trattamenti della/e patologia/e per la/e quale/i sono stato ricoverato, compresa la possibilità, in assenza di valida alternativa terapeutica, di utilizzo di farmaci carenti sul territorio nazionale ed importati da Paesi Esteri, previa autorizzazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), così come previsto dalla normativa vigente (Circolare M.S. -GAB-003261-P-23/03/2017).

Dichiaro, quindi, di aver ricevuto le suddette informazioni e di aver pienamente compreso il percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale proposto dal medico, che sarà praticato dal personale sanitario della Asl di Pescara e pertanto formulo il mio

consenso

dissenso

(barrare con una x)

all'effettuazione delle terapie ed indagini diagnostiche proposte.

Inoltre, sono stato informato del fatto che in qualsiasi momento potrò revocare tale consenso e che un eventuale rifiuto espresso in seguito potrà riguardare anche singoli atti del trattamento di cura previsto ed esso dovrà essere acquisito e modificato con le stesse modalità del consenso in questo momento espresso.

....., li/...../.....

FIRMA DEL PAZIENTE

(o di chi ne fa le veci)

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
