

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO/DISSENSO INFORMATO  
ALL'ATTO SANITARIO**P.O. PESCARA P.O. PENNE P.O. POPOLI 

Unità Operativa \_\_\_\_\_ altra struttura sanitaria \_\_\_\_\_

**Sezione 1 (a cura del sanitario)**

Il paziente \_\_\_\_\_ SDO n. \_\_\_\_\_ è affetto da \_\_\_\_\_

Ha necessità di eseguire la procedura /atto medico \_\_\_\_\_

Descrizione sintetica dello stato clinico (patologie concomitanti/ sistemiche): \_\_\_\_\_

Valutazione del rischio di complicanze in relazione allo stato clinico e all'età: \_\_\_\_\_

**Sezione 2 (a cura del paziente)**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ **dichiaro** che in data \_\_\_\_\_ ho ricevuto una informazione in merito all'atto sanitario proposto e che sono soddisfatto dell'informazione ricevuta attraverso il colloquio e **la scheda informativa da me sottoscritta.**

Dichiaro di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

**Preso atto** della situazione illustrata, liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza

ACCETTO  NON ACCETTO l'atto sanitario proposto

Data di compilazione \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico

Firma del Paziente