



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO/DISSENSO INFORMATO  
ALL'ATTO SANITARIO**

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

Il/la paziente \_\_\_\_\_ SDO n. \_\_\_\_\_ /Ambulatoriale \_\_\_\_\_

è prenotato per eseguire \_\_\_\_\_

Descrizione sintetica dei fattori di rischio correlati alla prestazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ **dichiaro** che ho ricevuto una informazione in merito all'atto sanitario proposto mediante **la scheda informativa pubblicata sul sito della ASL di Pescara, e in forma cartacea presso tutte le Unità Operative degli ospedali di Pescara, Penne e Popoli. Dichiaro inoltre di aver visionato la suddetta scheda informativa** e che sono stato/a informato/a, anche attraverso il colloquio, dal Dott.....in modo chiaro, comprensibile ed esaustivo.

**Dichiaro, in particolare, di essere stato/a informato/a riguardo a :**

1. tipologia e organizzazione della STRUTTURA SANITARIA, con eventuale collaborazione/partecipazione attiva di personale in formazione, con l'assistenza di tutor, e/o di specialisti già formati, su eventuali carenze della stessa;
2. indicazione, in caso di necessità, a praticarmi trasfusioni di sangue o emoderivati;
3. possibile insorgenza di complicanze come dettagliatamente riportato in scheda informativa;
4. esistenza di alternative diagnostico-terapeutiche in relazione al quadro clinico, con specifici limiti e vantaggi rispetto alla procedura propostami;
5. possibile evoluzione della malattia /quadro clinico in caso di rifiuto della procedura;
6. possibilità, compatibilmente con la dotazione strumentale, che vengano effettuate riprese fotografiche o video per documentare la presenza di patologie importanti;
7. particolari somministrazioni di farmaci, se necessario.

### GESTIONE DELLE COMPLICANZE

In caso di complicanze insorte durante la procedura, nell'impossibilità di essere interpellato, desidero che i sanitari informino del loro programma terapeutico il Sig.re/ra ....., purché presente in Ospedale.

### SEDAZIONE

Come riportato nella scheda informativa sono stato/a informato/a sulla possibilità di essere sottoposto/a a sedazione /analgesia e sulle eventuali complicanze della terapia;

**sono stato/a informato/a sulla impossibilità di condurre auto-motoveicoli e sul divieto di osservare condotte che richiedano una particolare attenzione nelle 24 ore successive alla procedura.**

Sono stato/a avvisato/a che, se sottoposto/a a sedoanalgesia, potrò lasciare l'ambulatorio solo se accompagnato/a da un adulto

**ACCONSENTO Firma.....NON ACCONSENTO Firma.....**

### ADESIONE ALLA PROCEDURA

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

**ACCETTO DI ESSERE SOTTOPOSTO/A ALLA PROCEDURA PROPOSTA, COMPRESA OGNI MANOVRA CONNESSA E COMPLEMENTARE.**

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

**FIRMA DEL PAZIENTE.....**

Firma dell'esercente la patria potestà..... Firma dell'eventuale testimone.....

Firma dell'interprete/ delegato ( il quale attesta di aver ricevuto tutte le informazioni di cui sopra e di averle trasmesse al paziente.....

Firma e timbro del medico che ha informato il paziente.....

**DATA.....**

### RIFIUTO CONSAPEVOLE

Avendo compreso contenuti e finalità delle informazioni fornite **NON ACCETTO** di sottopormi alla procedura proposta.

Firma del paziente..... Data.....