



Informativa e consenso

Procedura Aziendale
P118 AUSLBO

Allegato 2

COLLOQUIO INFORMATIVO (MODULO 1)

DIAGNOSI (o sospetto diagnostico, quesito clinico) _____

TRATTAMENTO SANITARIO PROPOSTO (procedura terapeutica/diagnostica/riabilitativa/intervento chirurgico, ecc.)

INFORMAZIONI FORNITE DURANTE IL COLLOQUIO

Durante il colloquio intercorso:

- ☐ con il paziente
- ☐ con l'amministrazione di sostegno _____
- ☐ con il tutore/curatore _____
- ☐ con il/i genitore/i _____
- ☐ e alla presenza di _____

In riferimento al trattamento proposto, sono state fornite informazioni relative a:

- 1) Indicazioni di scopo
- 2) Modalità di esecuzione
- 3) Vantaggi e limiti prevedibili
- 4) Eventuali trattamenti alternativi
- 5) Conseguenze prevedibili della non effettuazione del trattamento proposto
- 6) Rischi e complicanze
- 7) Accertamenti diagnostici/visite/terapie necessari prima
- 8) Terapie, visite di controllo, accertamenti diagnostici necessari dopo ed eventuali indicazioni di comportamento da seguire

A supporto delle informazioni suddette è stato illustrato e consegnato materiale informativo specifico

(Nota informativa n. _____ [COD. _____])

Sono stati forniti recapiti da poter contattare per necessità di ulteriori chiarimenti;

Sono stati discussi, sottolineati ovvero precisati i seguenti aspetti: _____

- | | |
|--|-------------|
| ☐ Il/La paziente | Firma _____ |
| ☐ Il/I genitore/i _____ | Firma _____ |
| | Firma _____ |
| ☐ L'amministratore di sostegno | Firma _____ |
| ☐ Il Tutore | Firma _____ |
| ☐ Il curatore | Firma _____ |

Medico

Data

/ /

Ora

:

Firma e timbro del medico
Dr. CIMINI ROMOLO
C.F. CMNRML56H09D803N
convenzionato SSN-Az. USL di Bologna
medico di medicina generale
e-mail: r.cimini@biomusia.it - tel. 339 6611001

Romolo Cimini



Informativa e consenso

**Procedura Aziendale
P118 AUSLBO**

Allegato 2

ESPRESSIONE / NEGAZIONE DEL CONSENSO (MODULO 2)

Ho ben compreso quanto fino ad ora discusso e condiviso con i professionisti dell'équipe nel corso del processo informativo e dunque:

ACCONSENTO

che il trattamento sanitario proposto:

venga effettuato presso questa struttura.

Il/La Paziente _____ Firma _____

Il/I Genitore/i

Il Tutore/il Curatore

L'Amministratore di sostegno

Firma _____

NEGAZIONE DI CONSENSO

Ho ben compreso quanto fino ad ora discusso e condiviso con i professionisti dell'équipe nel corso del processo informativo tuttavia, consapevole dei possibili rischi sulla salute,

NON ACCONSENTO

All'effettuazione del trattamento sanitario che è stato proposto:

Il/La Paziente _____ Firma _____

Il/I Genitore/i

Il Tutore/il Curatore

L'Amministratore di sostegno

Firma _____

Firma _____

EVENTUALI ANNOTAZIONI

Medico

Data
Ora

☐ ☐ / ☐ ☐ / ☐ ☐
☐ ☐ : ☐ ☐

Firma e timbro del medico
Dr. CIMINI ROMOLO

C.F. CMNRMLS6H09D803N

convenzionato SSN-Az. USL di Bologna

medico di medicina generale

e-mail: r.cimini@biomusia.it - tel. 339 6611001

Romolo Cimini