

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI RIFIUTO
DELL' ATTO SANITARIO PROPOSTO

	DATI IDENTIFICATIVI DELLA PAZIENTE	
Codice identificativo paziente	Cognome	Nome
	Data di nascita	
	Luogo nascita	
	Unità Operativa Complessa	Clinica Ginecologica Ostetrica
DATI SANITARI (a cura del medico)		
Sintesi situazione clinica:		
Atto sanitario proposto:		
<p>Dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto, secondo quanto previsto dall' istruzione operativa aziendale "istruzione operativa per l'informazione al paziente e acquisizione del consenso all'atto sanitario".</p>		
Data:	Timbro e firma del medico proponente:	
Io sottoscritto	dichiaro di aver ricevuto un'informazione	
<p>comprensibile ed esauriente relativa ai vantaggi del trattamento proposto, alle possibili controindicazioni, all'esperienza della struttura e alle eventuali alternative offerte dalle altre sedi. Mi è stato ricordato che ogni trattamento sanitario comporta alcuni rischi e che, a parere dei medici, i vantaggi di quello che mi è stato proposto giustificano la sua esecuzione. Mi è stata assicurata la disponibilità dei medici della struttura a fornirmi ogni ulteriore informazione qualora lo richieda.</p>		
Data	Firma del paziente *	

Allegato 3/b

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DELL' ATTO SANITARIO PROPOSTO

Codice identificativo
paziente

Dopo aver riflettuto sulle informazioni ricevute Io sottoscritto/a
nato/a il _____ ricoverato presso _____ dichiaro di voler

RIFIUTARE

il consenso all'atto sanitario propostomi in data _____

Firma del paziente* _____

Firma medico proponente _____

Firma di Interprete (nel caso sia necessaria la sua presenza)

* In caso di minore dati dell'esercente/i la potestà genitoriale

Cognome _____ Nome _____

Cognome _____ Nome _____

Allegare modello di autocertificazione se presente un solo genitore

In caso di soggetto privo totalmente o parzialmente di autonomia decisionale dati del legale
rappresentante

Cognome _____ Nome _____

Allegare autocertificazione

Allegati :

- Autocertificazione esercente potestà genitoriale Autocertificazione legale rappresentante
 Copia documento identità Schede informative
 Altro