

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO  
ALL' ATTO SANITARIO PROPOSTO

	<b>DATI IDENTIFICATIVI DELLA PAZIENTE</b>	
<b>Codice identificativo paziente</b>	<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>
	Data di nascita	
	Luogo nascita	
	Unità Operativa Complessa	Clinica Ginecologica Ostetrica
<b>DATI SANITARI (a cura del medico)</b> Sintesi situazione clinica:		
<b>Atto sanitario proposto:</b>		
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".		
Data:	Timbro e firma del medico proponente:	
Io sottoscritto _____ dichiaro di aver ricevuto un'informazione 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.		
Data	Firma del paziente *	



REGIONE DEL VENETO  
AZIENDA OSPEDALIERA di PADOVA  
U. O. C. CLINICA GINECOLOGICA E OSTETRICA  
Direttore : Prof. Giovanni B. Nardelli

Allegato 2/b

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Codice identificativo  
paziente

Dopo aver riflettuto sulle informazioni ricevute

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ ricoverato presso \_\_\_\_\_

**ACCETTO**

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

Sono a conoscenza della possibilità di **REVOCARRE** il presente consenso in qualsiasi momento  
(vedi nota 1). Osservazioni: \_\_\_\_\_

Data Firma del paziente \* \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del medico proponente \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del medico esecutore \_\_\_\_\_

Firma dell'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

1) **REVOCA** DEL CONSENSO prestato il \_\_\_\_\_

Dopo aver riflettuto sulle informazioni ricevute Io sottoscritto dichiaro di voler **REVOCARRE** il consenso

Data \_\_\_\_\_ Firma/e \*

Allegati :

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