**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Modulo di consenso informato**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATI DEL PAZIENTE** | | | |
| **Cognome:** |  | **Nome:** |  |
| **Data di nascita:** |  | **Sesso:** | ☐ M ☐ F |
| **Diagnosi:** |  | | |
| **Condizioni particolari:** |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATI DEL PROFESSIONISTA SANITARIO CHE FORNISCE L’INFORMAZIONE** | | | |
| **Cognome:** |  | **Nome:** |  |
| **Qualifica:** |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA** | |
| **Cosa è?** | Descrizione sintetica della procedura o trattamento previsto: |
| **A cosa serve?** | Indicazione dell’obiettivo clinico o terapeutico: |
| **Che natura ha?** | Specificazione del tipo di procedura (diagnostica, terapeutica, chirurgica, ecc.): |
| **Cosa comporta?** | Spiegazione operativa delle modalità di esecuzione e delle eventuali fasi previste: |
| **Quanto dura?** | Indicazione della durata presunta della procedura: |

|  |  |
| --- | --- |
| **BENEFICI ATTESI** | |
| **Cosa posso aspettarmi?** | Descrizione degli effetti positivi attesi e dei risultati auspicati: |

|  |  |
| --- | --- |
| **RISCHI E COMPLICANZE POTENZIALI** | |
| **Cosa può andare storto?** | Indicazione dei principali rischi prevedibili e delle possibili complicazioni: |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONTROINDICAZIONI** | |
| **Relative** | Controindicazioni da valutare caso per caso: |
| **Assolute** | Controindicazioni incompatibili con la procedura, che il paziente dichiara non essere presenti nel suo caso: |

|  |  |
| --- | --- |
| **ALTERNATIVE DISPONIBILI** | |
| **Quali alternative ho?** | Indicazione delle opzioni disponibili: |
| **Che differenze ci sono?** | Confronto tra la procedura proposta e le eventuali alternative: |
| **E se non lo faccio?** | Informazioni sulle conseguenze di un eventuale rifiuto o rinuncia: |

|  |  |
| --- | --- |
| **INDICAZIONI PRE E POST-PROCEDURA** | |
| **Cosa devo fare prima?** | Istruzioni pre-procedura: |
| **Cosa devo fare dopo?** | Indicazioni post-procedura: |
| **Cosa dovrò evitare?** | Comportamenti o attività da evitare per un certo periodo: |
| **A cosa dovrò stare attento?** | Segnali da monitorare o condizioni che richiedono attenzione medica: |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANNOTAZIONI PARTICOLARI** | |
| **C’è altro da considerare?** | Eventuali ulteriori osservazioni rilevanti per lo specifico caso clinico: |

|  |  |
| --- | --- |
| **DIRITTI DEL PAZIENTE** | |
| **Sono consapevole:** | Di avere il **diritto di sapere** tutto quello che c’è da sapere sulla mia salute, sui servizi sanitari che sono a mia disposizione, sul modo in cui posso utilizzarli e su tutte le ultime novità che la ricerca scientifica e l’innovazione tecnologica possono offrire per la mia situazione clinica.  Di avere il **diritto di essere completamente informato**, così da poter partecipare attivamente alle decisioni sulla mia salute e fare una scelta consapevole nel momento in cui presto il consenso alla procedura sopra specificata.  Di essere **libero di cambiare idea in qualsiasi momento**. Pertanto se, per qualsiasi motivo, dovessi decidere di non volermi più sottoporre alla procedura per cui avevo dato il consenso, posso sempre revocarlo senza bisogno di spiegazioni e la mia decisione sarà rispettata.  Di avere il **diritto di richiedere in qualunque momento ulteriori informazioni e chiarimenti** sulla procedura a cui sto per sottopormi. Posso sempre avere accesso a una seconda opinione o a un altro parere esperto qualora ne sentissi la necessità. |

|  |  |
| --- | --- |
| **DICHIARAZIONE DI CONSENSO** | |
| **Dichiaro quindi che:** | **Sono stato informato** in modo chiaro, comprensibile ed esaustivo sulla procedura a cui intendo sottopormi e, in particolare, sulla sua finalità, natura, portata ed estensione, sulla durata prevista, sui benefici attesi e sulla verosimile percentuale di successo, sui possibili rischi, complicanze e probabilità (ancorché ridotta) di eventi avversi, sulle alternative disponibili e sui relativi rischi e benefici, sulle implicazioni di un eventuale mancato consenso, nonché sulle indicazioni pre e post-procedura.  **Ho avuto l’opportunità di fare domande e ritengo di aver ricevuto risposte chiare e dettagliate**; confermo che tutte le mie perplessità ed eventuali dubbi sono stati risolti con informazioni esaurienti e complete, che mi hanno permesso di comprendere appieno ogni aspetto e conseguenza della procedura cui mi accingo a sottopormi.  **Ho riletto con molta attenzione le informazioni contenute in questo modulo** prima di sottoscriverlo e prestare il consenso informato, e riconosco che esse sono solo una sintesi di quelle più ampie ed esaustive che mi sono state illustrate oralmente.  In piena capacità di intendere e volere, liberamente e spontaneamente, **decido di sottopormi alla procedura** che mi è stata proposta, e sono consapevole del fatto che questo consenso informato verrà inserito nella mia cartella clinica e nel mio fascicolo sanitario elettronico.  Ricevuta l’informativa da parte del titolare, **autorizzo altresì la raccolta, il trattamento e la condivisione dei miei dati personali e sanitari** con altri professionisti coinvolti nel mio percorso di cura, per le finalità di diagnosi o trattamento cui è preordinata la procedura oggetto del presente modulo di consenso informato. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SOTTOSCRIZIONE** | | | |
| **Data:** |  | **Firma:** |  |