

 <b>ASL</b> CITTA' DI TORINO	<b>Consenso informato al trattamento sanitario</b>	Codifica:
		MD_06_DSA_Rev00 21 Agosto 2024
<b>DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE</b>		

**DATI RELATIVI AL/ALLA PAZIENTE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

STRUTTURA \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI** (o sospetto diagnostico/quesito clinico)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si procede ad effettuare l'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo invocando lo stato di necessità (Art. 54 CP), in quanto il/la paziente è impossibilitato/a ad esprimere il consenso, ovvero in assenza di chi possa legalmente esprimerlo. In tale ipotesi si interrompe a questo punto la compilazione del modulo e si sottoscrive.

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma Medico \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI FORNITE DURANTE IL COLLOQUIO INFORMATIVO**

**Durante il colloquio intercorso con:**

- il paziente  
 il fiduciario \_\_\_\_\_  
 il tutore/curatore/amministratore di sostegno \_\_\_\_\_  
 il/i genitore/i \_\_\_\_\_  
 alla presenza di \_\_\_\_\_

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

Indicazioni e scopo - Modalità di esecuzione - Benefici e limiti prevedibili - Eventuali trattamenti alternativi - Conseguenze prevedibili della non effettuazione del trattamento proposto - Rischi e complicanze - Accertamenti diagnostici/visite/terapia necessari prima - Terapie, visite di controllo, accertamenti diagnostici dopo ed eventuali indicazioni di comportamento da seguire.

Le informazioni suddette sono state fornite tramite:

Colloquio  consegna scheda informativa \_\_\_\_\_ codifica \_\_\_\_\_

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

Sono stati discussi, sottolineati ovvero precisati i seguenti aspetti:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

il/la Paziente Firma \_\_\_\_\_

il/i Genitori (verificare i titolari della Responsabilità Genitoriale) Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

L'Amm. di sostegno/Tutore/Curatore/Fiduciario Firma \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico

Data \_\_\_\_\_

 <b>ASL</b> CITTA' DI TORINO	<b>Consenso informato al trattamento sanitario</b>	Codifica:
		DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

### ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Ho ben compreso quanto fino ad ora discusso e condiviso con i professionisti dell'équipe nel corso del processo informativo e sono a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualunque momento prima della procedura/diagnostica/terapeutica/riabilitativa propostami.

#### ACCONSENTO

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza

al trattamento sanitario proposto \_\_\_\_\_

Il/la Paziente \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il Tutore/Curatore/Fiduciario/Amministratore di sostegno \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### NEGAZIONE DEL 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

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, consapevole dei rischi per la salute,

al trattamento sanitario proposto \_\_\_\_\_

Il/la Paziente \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Tutore/Curatore/Fiduciario/Amministratore di sostegno \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver verificato la comprensione delle informazioni  
Timbro e firma Medico

Data \_\_\_\_\_

### REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ che ha concesso il consenso al  
trattamento sanitario \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

dichiara di **voler revocare** il consenso al trattamento sanitario consapevole di tutte le conseguenze per la salute.

Firma \_\_\_\_\_

Nome e cognome del professionista che accoglie la revoca \_\_\_\_\_

Firma del professionista \_\_\_\_\_