

**MODULO DEL CONSENSO INFORMATO
AL TRATTAMENTO SANITARIO**

UNITA' OPERATIVA	MEDICINA NUCLEARE
DIRETTORE	BRUNELLA ROSSI

IL SOTTOSCRITTO _____ dovrà sottoporsi al trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di _____

A TAL FINE DICHIARA

di essere stato informato dal DR _____, dirigente medico della Unità Operativa di degenza/del Servizio ambulatoriale interessato, dei seguenti aspetti relativi al trattamento sanitario volontario cui intende sottoporsi:

- **SCOPO DEL TRATTAMENTO;**
- **RISCHI/INCONVENIENTI ragionevolmente prevedibili per la persona;**
- **BENEFICI PREVISTI;**
- **MODALITA' DI INTERVENTO E/O ALTERNATIVE POSSIBILI;**
- **CONSEGUENZE DEL MANCATO TRATTAMENTO;**
- **DURATA DEL TRATTAMENTO e REGIME DI ASSISTENZA.**

DICHIARA INOLTRE

- di aver ricevuto la nota informativa specifica per il trattamento preposto(_____);
- che prima di esprimere il consenso al trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico ha avuto il **tempo necessario per decidere** e l'opportunità di chiedere eventualmente informative ad un medico di fiducia;
- che tutte le domande poste hanno avuto **risposta soddisfacente**;
- in caso di donna in età fertile (dal menarca fino ai 50 anni), di poter escludere un eventuale stato di gravidanza. (si no non so)

FIRMANDO IL PRESENTE CONSENSO

- **autorizza il trattamento sanitario** diagnostico e/o terapeutico di cui alla premessa
- esprime consenso al **trattamento** dei dati personali e dei **dati** sensibili relativi alla propria persona nel rispetto delle norme sulla privacy.
- Disponew che, in **caso di incapacità ed impossibilità da parte del sottoscritto, ogni eventuale comunicazione vada effettuata al Sig/Sig.ra** _____)

DATA _____ / _____ / _____

FIRMA PAZIENTE	_____	FIRMA FAMILIARE e TUTORE	_____
IN CASO DI MINORE	il/la sottoscritto/a padre/madre dichiara di esercitare la potestà genitoriale e che l'altro coniuge è informato.	FIRMA DEL GENITORE	_____

(parte riservata al medico)

Dal colloquio avuto, è risultato che il paziente ha ricevuto le informazioni necessarie, avvalendosi del modulo di informativa, ed ha espresso liberamente il suo consenso.

IL MEDICO* DR. _____ **DATA** _____ / _____ / _____

*Il medico che firma e raccoglie il consenso può essere diverso da quello che ha prioritariamente informato il paziente e/o che esegue l'intervento; laddove una procedura organizzativa e/o un percorso assistenziale, dell'Unità Operativa e/o Dipartimento e/o della struttura l'abbia appositamente previsto, condiviso e certificato.