


**CONSENSO INFORMATO INTERVENTO CHIRURGICO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nata/o il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (Cognome e nome)

**da compilare dal rappresentante legale, tutore, genitore**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
 Rappresentante legale, tutore, genitore di \_\_\_\_\_

**dichiaro**

di essere stata/o informata/o dal dr. \_\_\_\_\_ che verrò/che il mio rappresentato  
 verrà sottoposta/o a \_\_\_\_\_

per \_\_\_\_\_

Le indicazioni alla procedura, le sue modalità di esecuzione, i rischi, le complicanze, le eventuali alternative terapeutiche e le conseguenze di un eventuale rifiuto mi sono state illustrate in un colloquio e/o sono schematicamente sintetizzate nel foglio informativo che mi è stato consegnato e che ho letto.

Ho potuto richiedere al medico chiarimenti e precisazioni che mi sono state puntualmente date ed ho concluso il colloquio avendo ben compreso ogni cosa. Lascio ai Sanitari la decisione circa un ampliamento o una limitazione del trattamento stabilito in base alle necessità che si dovessero verificare.

**da compilare dal paziente**

- consenso** di essere sottoposta/o alle procedure sopra indicate
- non consenso/revoco il consenso** di essere sottoposta/o alle procedure sopra indicate

**da compilare dal rappresentante legale, tutore, genitore**

- consenso** che la/il sig. \_\_\_\_\_ sia sottoposta/o alle procedure sopra indicate
- non consenso/revoco il consenso** che la/il sig. \_\_\_\_\_ sia sottoposta/o alle procedure sopra indicate

Firma del paziente (o suo rappresentante legale)

Firma del medico

data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ora \_\_\_\_:\_\_\_\_

**NB.** Il consenso dato può essere revocato sino al momento immediatamente precedente l'esecuzione della procedura proposta