



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DI SASSARI

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO A PRESTAZIONE SANITARIA PER SE' O QUALE TUTORE O LEGALE RAPPRESENTANTE

CENTRO PRESCRITTORE _____

CDC _____

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

Con la presente scrittura vengono riportati i principali dati relativi allo stato di salute accertato a seguito della visita medica effettuata e si riportano in sintesi le principali informazioni fornite verbalmente atte ad acquisire o meno il consenso all'esecuzione degli accertamenti diagnostici e/o trattamenti terapeutici ritenuti necessari e, comunque, anch'essi già verbalmente illustrati.

- Situazione obiettiva riscontrata nella visita:

- Descrizione dell'intervento medico ritenuto necessario e dei rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione: _____

- Eventuali alternative diagnostiche e/o terapeutiche: _____

- Tecniche e/o materiali impiegati:

- Benefici derivanti:

- Rischi derivanti:

- Eventuali complicanze o esiti:

- Comportamenti che il paziente deve eseguire per evitare complicazioni successive all'atto medico:

- Altre informazioni:

L'ASSISTITO E/O SUO TUTORE LEGALE DICHIARA

Di aver ricevuto le informazioni verbali e sopra riportate in sintesi relative allo stato di salute e di aver compreso i termini e le modalità dell'intervento diagnostico e/o terapeutico proposto dal medico, nonché delle conseguenti indicazioni fornite dal medesimo. Sulla base di quanto sopra, il sottoscritto formula il proprio

_____ (1) "CONSENSO" oppure "DINIEGO"
ai trattamenti sopraindicati.

Luogo e data _____

Recapito in caso di urgenze _____

Firma del paziente _____

Timbro e Firma del medico curante

Visto del Responsabile di struttura
