

Generalità
(apporre etichetta identificativa)

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Dall'avente diritto

Io sottoscritto _____

Nella piena capacità di intendere e di volere, _____

Dagli aventi diritto _____

che assumono la presente dichiarazione per conto di _____

il quale allo stato è impossibilitato ad esprimere valido consenso perché _____

È ricevuta notizia che per lo stato di salute è necessario sottoporre il paziente ad intervento chirurgico di: _____

per diagnosi sospetta o accertata di _____

Si è edotti della procedura tecnica cui sarò sottoposto, dall'approccio incisionale chirurgico e dei vantaggi e delle complicanze che detto intervento può presentare secondo le statistiche operatorie più accreditate. Si è a conoscenza che l'operatore potrà attuare provvedimenti o varianti a quanto descritto nel corso dell'intervento e che si potranno rendere necessarie manovre di resezione o asportazione di organo non prima previsti o prevedibili. Si è a conoscenza che l'intervento potrà essere limitato per sopravvenuti motivi tecnici. Si è a conoscenza in particolare sulla possibilità di incidenti di tecnica, di eventuale conversione laparotomica con cicatrice cutanea a lunghezza estremamente variabili e delle conseguenze postoperatorie.

Si è a conoscenza che potrà rendersi necessaria anche pratica trasfusionale durante il mio ricovero per conservare o migliorare il mio stato di salute (art. 18 D.M. San. 16/1/91 e segg.). Si è a conoscenza che potranno essere effettuati prelievi di sangue per la ricerca dell'HIV. Si è a conoscenza che potranno essere praticati interventi di tipo contrastografico o applicati mezzi protesici e delle complicanze cui posso sottostare per tali specifiche procedure. Si è a conoscenza dell'attuale stato di salute e di quanto questo possa rappresentare motivo di aggravamento del rischio chirurgico. Si è a conoscenza, con assunzione di ogni responsabilità penale e civile, che, oltre a quanto riferito in anamnesi, non vi sono altre informazioni utili a nostro avviso, da riferire ai sanitari ai fini di migliorare la successiva condotta medica e chirurgica. Si è a conoscenza altresì che la pratica anestesiológica praticata potrà comportare rischi la cui competenza e la cui erudizione è compito specifico dell'anestesista.

Sono altresì edotto che l'intervento potrà recare delle complicanze di cui sono stato informato. Sono altresì informato che l'esito cicatriziale cutaneo potrà avere lunghezza variabile, a discrezione dell'operatore, secondo le sue esigenze tecniche. Tale cicatrice potrà avere aspetto disestetico, correlato alla mia attitudine a cicatrizzare.

Vista la legge 675/96 e il D.L. 123/97, sulla privacy, autorizzo i sanitari e il personale della struttura in cui sono ricoverato a trasmettere i miei dati personali e la documentazione sanitaria nei casi e modi consentiti.

Edotti di quanto sopra esposto con parole semplici e chiare dal Dott. _____

Si rilascia il pieno consenso informato alle pratiche di cui sopra ed all'operato dell'equipe chirurgica.

Letto, confermato e sottoscritto

Data, _____

Firma del Medico _____ F.to _____