

CONSENSO INFORMATO **Attività di Day Surgery**

Il/La sottoscritto/a Sig./ra.....

nato/a ail.....dichiara di accettare l'intervento chirurgico

proposto di.....

in anestesia.....per.....

.....
nella modalità di chirurgia di giorno-day surgery.

Dichiara altresì che gli/le sono state illustrate le sue condizioni cliniche, il tipo di intervento, il tipo di anestesia con possibilità di modificarla durante l'intervento qualora l'anestesia lo ritenga opportuno, le eventuali complicanze generali e locali dell'intervento, la tecnica chirurgica che verrà impiegata, le modalità di preparazione ed i rischi correlati alla mancata effettuazione dell'intervento stesso. Il tutto è stato ben compreso.

Gli/le è stata consegnata una scheda informativa preliminare riguardante la preparazione all'intervento e le indagini preoperatorie. Alla dimissione riceverà un'altra scheda con le istruzioni per la fase domiciliare. E' informato/a che l'intervento potrà subire variazioni tecniche precedentemente non prevedibili ma rese necessarie per la buona conduzione dell'atto operativo comprendenti modifiche della tecnica anestesiologicala ed anche dell'atto chirurgico.

E' a conoscenza che potrà rendersi necessaria una pratica emotrasfusionale o di emoderivati per conservare o migliorare il suo stato di salute (art. 18 D.M. San. 16/01/91 e segg.) che dichiara di accettare. E' altresì a conoscenza che potranno essere effettuati prelievi ematici per varie indagini diagnostiche compresa quella per l'HIV. E' a conoscenza che potrebbero essere necessari esami contrastografici ed utilizzati mezzi protesici e delle relative possibili complicanze.

Dichiara con assunzione di ogni responsabilità penale e civile, che oltre a quanto riferito in anamnesi sulle sue condizioni di salute, non vi sono altre informazioni utili da riferire ai medici curanti per migliorare la condotta medica e chirurgica.

Dichiara di accettare la tecnica anestesiologicala propostagli/le che potrà essere variata se necessario e che sa poter comportare complicanze che gli/le sono state illustrate.

E' stato informato/a che l'esito cicatriziale cutaneo potrà avere lunghezza variabile secondo le necessità dell'operatore e che la cicatrice potrebbe avere aspetto disestetico correlato alla sua attitudine a cicatrizzare. Visto il D. lgs. 30.06.2003 n. 196 sulla privacy autorizza i sanitari ed il personale della Casa di Cura a comunicare i suoi dati personali e la documentazione sanitaria nei casi e nei modi consentiti.

Prendo atto che i miei diritti in merito ai dati personali sono quelli previsti dall'art.7 del D.lgs. 169/2003. Prendo atto altresì che è stato designato responsabile del trattamento dei dati personali il Consigliere Delegato.

Dichiara infine di dare garanzia di una sufficiente organizzazione domiciliare in condizioni igienico-ambientali idonee con collegamento telefonico; di essere informato/a sulle modalità di ricovero, di dimissione e di comportamento al suo domicilio e della necessità di successivi controlli clinici e della presenza di una persona a lui/lei dedicata nella prima fase della degenza domiciliare.

Gli/Le è stato illustrato il comportamento da tenere a domicilio in caso di complicanze come sarà meglio specificato nel modulo di dimissione.

Edotto/a di quanto sopra esposto con parole semplici e chiare dal Dott./Prof.

rilascia il pieno consenso informato alle pratiche terapeutiche sopra esposte e all'operato dell'equipe chirurgica per la conduzione del trattamento nel modo chirurgica il giorno-day surgery.

Letto, confermato e sottoscritto.

Acqui Terme.....

Il Paziente

.....

Il Medico.....