

 A.S.L. NO 28100 Novara Tel. 0322 848481 Fax 0322 845005	S.I.M.T. BORGOMANERO Viale Zoppis 10 – 28021 Borgomanero	CODICE MOD 001bis Emesso il: 21/05/2019 Valido dal: 01/06/2019
	MODULO CONSENSO INFORMATO TRATTAMENTI	Revisione 00 Pagina 1 di 2
Redatta da: RESPONSABILE QUALITA'	Approvata da: DIRIGENTE STRUTTURA COMPLESSA	

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE

- 1) **Cognome e nome**
 nato/a a il
- 2) *In caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale - Dati del legale rappresentante (es. tutore):*
Cognome e nome
 nato/a a il

NB: va allegata la documentazione (es. autocertificazione) che indica i poteri del legale rappresentante.

DATI SANITARI (a cura del medico)

Motivazioni per cui viene effettuato il trattamento (diagnosi o condizione clinica):

Trattamento sanitario proposto:

- SALASSOTERAPIA
 Terapia MARZIALE endovenosa

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Paziente

Io sottoscritto/a

DICHIARO

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente della mia personale situazione clinica e sul trattamento sanitario proposto, attraverso:
 – l'formativa consegnatami
 – il colloquio con il Dott.
- di essere a conoscenza della possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento prima del trattamento sanitario proposto (Vedi retro)
- di (barrare la scelta): accettare NON accettare

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza il trattamento sanitario proposto.

Sono inoltre consapevole dell'importanza di osservare puntualmente le indicazioni ricevute sui comportamenti e gli accorgimenti (anche successivi) da adottare per il buon esito del trattamento sanitario proposto.

Autorizzo il personale della Struttura Sanitaria al trattamento dei miei dati, secondo la normativa vigente

(DECRETO LEGISLATIVO 10 agosto 2018 , n. 101 .)

Sono consapevole che il trattamento di queste informazioni sarà sia manuale che informatico e che, secondo le disposizioni regionali in merito alla sicurezza della trasfusione, le informazioni riguardanti la mia attività di donatore devono essere comunicate al Centro Produzione Emocomponenti e al Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione dei Servizi Trasfusionali.

Data: **Firma del paziente / Legale rappresentante**

Medico *Dichiaro di aver fornito l'informazione sul trattamento sanitario proposto e acquisito il consenso secondo quanto previsto dalla procedura aziendale.*

Data: Timbro e firma del medico:

	A.S.L. NO 28100 Novara Tel. 0322 848481 Fax 0322 845005	S.I.M.T. BORGOMANERO <i>Viale Zoppis 10 – 28021 Borgomanero</i> MODULO CONSENSO INFORMATO TRATTAMENTI	CODICE MOD 001bis Emesso il: 21/05/2019 Valido dal: 01/06/2019
Redatta da: RESPONSABILE QUALITA'		Approvata da: DIRIGENTE STRUTTURA COMPLESSA	Revisione 00 Pagina 2 di 2

REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a

In data

DICHIARO

di voler revocare il consenso dato nella pagina 1 di questo modulo

Firma del paziente / Legale rappresentante

Il Dr. _____, non potendo al momento acquisire il Consenso Informato del paziente, a causa delle sue condizioni, che non consentono la comprensione delle informazioni contenute nel presente modulo, in assenza del tutore legale, ha comunque inoltrato la richiesta di emocomponenti e/o emoderivati.

Data ____/____/____ Ora ____.

 Cognome e Nome del paziente (in stampatello)

 Timbro e Firma del Medico (leggibile)