
Consulting – Managing –Services

CONSENSO INFORMATO ALLA CURA

Io _____ sottoscritta/o _____ nata/o _____
a _____ il _____ accetto di essere sottoposta/o agli interventi terapeutici che
mi saranno di volta in volta proposti.

A tale proposito dichiaro che:

Ho avuto modo di discutere in maniera adeguata ed esauriente le caratteristiche dell'intervento terapeutico con il Dottor/Dott.ssa _____, che mi ha esposto in termini a me pienamente comprensibili le terapie disponibili per le mie patologie e che mi aggiornerà costantemente qualora queste dovessero modificate a causa di alterazioni del mio stesso stato di salute. Ho avuto ampia e dettagliata spiegazione dei rischi correlati ad esse, inclusa la possibilità di non sottopormi ad esse e le eventuali conseguenze di quest'ultima opzione.

Acconsento pertanto a sottopormi:

- a terapie a cui potrei avere necessità di sottopormi per il trattamento di sopravvenute complicanze, tra queste incluse la terapia antibiotica, cortisonica, antidolorifica e farmacologia in genere;
- ad accertamenti diagnostici particolari e da effettuarsi presso strutture ospedaliere accreditate;
- ad interventi chirurgici resisi necessari, sempre effettuati presso strutture ospedaliere di mio gradimento e convenzionate con il SSN;
- a vaccinazioni, per le quali chiedo di essere informato preventivamente;
- a trasfusioni.

Autorizzo la registrazione del mio stato di salute e l'archiviazione assieme ai miei dati clinici di tutti i miei accertamenti (diagnostici ecc...). Tale autorizzazione è intesa per i soli fini medico legali e ne sono specificatamente esclusi gli utilizzi sia scientifici che divulgativi se non dietro una mia autorizzazione aggiuntiva scritta.

Successivamente alla mia visita con il Dottor/Dott.ssa _____, ed alla mia discussione con lui/lei, ho avuto tempo più che sufficiente per valutare adeguatamente e con tranquillità le informazioni ricevute. In conseguenza di quanto dichiarato e del rapporto di piena fiducia instauratosi, autorizzo il Dottor/Dott.ssa _____ ed i suoi collaboratori a farsi carico del mio stato di salute attraverso le modalità che riterranno più consone.

Autorizzo altresì il Dottor/Dott.ssa _____ all'effettuazione di tutte le eventuali procedure e terapie di urgenza che, a suo giudizio, si dovessero rendere necessarie per la mia sicurezza durante la permanenza in struttura.

Cerro Maggiore, _____

L'OSPITE E/O IL DELEGATO

IL MEDICO DI STRUTTURA
