

<i>Casa di Cura Villa Ortensia del Centro Medico Cales S.r.l.</i>	Consenso Informato Diagnostico / Terapeutico	Mod PO 01 Consenso Informato/01
		Modulo
Revisione 01	Data:04/03/2014	Pagina 1 di 1

Dati del paziente/esercente-i la patria potestà/legale rappresentante (es.: tutore, amministratore di sostegno)

Cognome..... Nome.....

Nato/a a..... (.....) il

Residente a..... (.....)

Via.....

Dati tutore, amministratore di sostegno (se necessari)

Cognome..... Nome.....

Nato/a a..... (.....) il

Residente a..... (.....)

Via.....

- In caso sia presente un solo genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione

- Va allegata la documentazione che attesta i poteri del legale rappresentante

DICHIARO

di essere stato informato, all'atto del ricovero, in modo chiaro ed esauriente ed a me comprensibile dal

Dott che la patologia per la quale sono ricoverato/a necessita di procedure diagnostiche che possono comprendere:

- esami di laboratorio a mezzo prelievo di sangue;
- ricerca di markers di eventuali malattie contagiose;
- somministrazione di farmaci;
- monitoraggio continuo delle funzioni vitali;
- ripresa fotografica e/o pubblicazione dei dati a scopo scientifico nel rispetto del segreto professionale;
- che le suddette procedure diagnostico / terapeutiche, per le quali sono stato informato degli eventuali rischi, non sono esenti da complicanze e/o esiti;
- che le suddette procedure possono essere suscettibili di eventuali modifiche di tecnica, ove necessario.

di: ACCETTARE NON ACCETTARE

liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza, le procedure diagnostiche / terapeutiche su esposte.

Osservazioni :

Data:.....

Il paziente o chi ne fa le veci

Il Medico che ha fornito le informazioni (firma e timbro)

.....

.....