

Sig. / ra .....  
Nato/a a ..... prov.(.....) il .....

Nello spazio soprastante indicare le generalità del PAZIENTE

Sig. / ra .....  
Nato/a a ..... prov.(.....)il .....

Sig. / ra .....  
Nato/a a ..... prov.(.....) il .....

Utilizzare lo spazio soprastante per indicare le generalità di chi sottoscrive il consenso in qualità di DELEGATO o di LEGALE RAPPRESENTANTE, nei casi previsti

**Io sottoscritto/a in qualità di:**

- paziente
- delegato (*individuato mediante sottoscrizione del modulo MCi/903/P03-C*)
- legale rappresentate (*in caso di pazienti minori, interdetti o sottoposti ad amministrazione di sostegno*)

**Dichiaro** di aver ricevuto idonee informazioni relativamente alla seguente prestazione sanitaria:

**Dichiaro dunque:**

1. di aver ricevuto, letto e compreso la dettagliata scheda informativa della prestazione DCi/.../.....  
“.....”allegata alla presente dichiarazione;
2. di essere stato/a adeguatamente informato/a relativamente a tipo, finalità, modalità di svolgimento delle prestazione proposta ed eventuali alternative;
3. di essere stato/a adeguatamente informato/a su vantaggi, svantaggi, rischi essenziali, complicanze e possibile conseguenze che la prestazione può comportare;
4. di aver avuto la possibilità di discutere in dettaglio con il medico ogni particolare problema riguardante la prestazione e di avere avuto una risposta chiara e completa ad ogni mia domanda;
5. di aver ricevuto un’informazione comprensibile ed esauriente;
6. sono altresì consapevole che l’AOUC garantisce, in attività istituzionale, la prestazione ma non la scelta del professionista.

Io sottoscritto/a liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza, consapevole della possibilità di revocare in qualsiasi momento prima dell’effettuazione della prestazione, il consenso ad essa eventualmente prestato:

**PRESTO** il consenso alla prestazione proposta .....  
(Firma del paziente o del delegato o del legale rappresentante)

**RIFIUTO** il consenso alla prestazione proposta .....  
(Firma del paziente o del delegato o del legale rappresentante)

\_\_\_\_\_  
(Il Professionista Sanitario che raccoglie la dichiarazione) (Il/i testimone/i eventuali) (nome/cognome leggibile e firma)

\_\_\_\_\_  
(Il mediatore culturale eventuale) (Il/i testimone/i eventuali) (nome/cognome leggibile e firma)

Firenze, li.....

**INTERVENTI DI CHIRURGIA ELETTIVA: CONFERMA DEL CONSENSO PRECEDENTEMENTE PRESTATO**

**Dichiaro:**

1. di aver letto e ben compreso in ogni loro parte le informazioni ricevute alla prima visita e documentate nell’allegata modulistica;
2. di aver fornito notizie anamnestiche veritiere e di aver seguito le istruzioni preoperatorie ricevute essendo consapevole che affermazioni inesatte o la mancata adempienza a dette istruzioni potrebbero avere conseguenze riguardo all’intervento a cui sarò sottoposto. Pertanto,

**CONFERMO**

**NON CONFERMO**

il mio consapevole ed informato consenso, precedentemente prestato, ad essere sottoposto/a all’intervento chirurgico che verrà praticato dall’equipe di questa SOD.

Data \_\_\_\_\_  
(Firma del paziente o delegato o legale rappresentante) (Firma del medico)