

UOC Gastroenterologia Integrata Ospedale Territorio
Direttore ff Dott.ssa Maria Grazia Mancino

**MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI
COLANGIOPANCREATOGRAMMA RETROGRADA ENDOSCOPICA CPRE**

IN CASO DI SOGGETTO GIURIDICAMENTE CAPACE

DATI IDENTIFICATIVI

Nome e Cognome _____
 Nata/o _____ il ____/____/____
 Residente/domiciliato a _____ (____) Via/Piazza/Largo _____ n ____
 Identificata/o tramite _____ n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/____
 Recapito telefonico _____ email _____

IN CASO DI SOGGETTO GIURIDICAMENTE INCAPACE

DATI IDENTIFICATIVI DEL RAPPRESENTANTE/I LEGALE/I

Nome e Cognome _____
 Nata/o a _____ (____) il ____/____/____
 Residente/domiciliato a _____ (____) Via/Piazza/Largo _____ n ____
 Identificata/o tramite _____ n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/____
 Recapito telefonico _____ email _____

IN QUALITÀ DI

- ☐ Tutore legale (n. decreto: _____)
☐ Curatore speciale (n. decreto: _____)
☐ Amministratore di sostegno con poteri di ASSISTENZA in ambito sanitario (n. decreto: _____)
☐ Amministratore di sostegno con poteri di RAPPRESENTANZA ESCLUSIVA in ambito sanitario (n. decreto: _____)

IN RAPPRESENTANZA DI:

Nome e Cognome della/del paziente _____
 Nata/o a _____ (____) il ____/____/____
 Identificata/o tramite _____ n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/____

Impossibilitato a rispondere: ☐☐ NO ☐☐ SI (Specificare il motivo): _____

IN CASO DI SOGGETTO MINORE DI ETÀ

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE/AFFIDATARIO/TUTORE LEGALE/CURATORE SPECIALE

Nome e Cognome _____
 Nata/o a _____ (____) il ____/____/____
 Residente/domiciliato a _____ (____) Via/Piazza/Largo _____ n ____
 Identificata/o tramite _____ n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/____
 Recapito telefonico _____ email _____

Nome e Cognome _____
 Nata/o a _____ (____) il ____/____/____
 Residente/domiciliato a _____ (____) Via/Piazza/Largo _____ n ____
 Identificata/o tramite _____ n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/____
 Recapito telefonico _____ email _____

IN QUALITÀ DI

- ☐ Esercente la potestà genitoriale ☐☐ Affidatario
☐ Tutore legale (n. decreto: _____) ☐☐ Curatore speciale (n. decreto: _____)

UOC Gastroenterologia Integrata Ospedale Territorio
Direttore ff Dott.ssa Maria Grazia Mancino

In rappresentanza di:

Nome e Cognome della/del paziente _____

Nata/o a _____ (____) il ____/____/____

Identificata/o tramite _____ n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/____

Impossibilitato a rispondere: ☐☐ NO

☐☐ SI (Specificare il motivo):

Consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, avendo concordato con

DOTT.SSA/DOTT. (NOME E COGNOME) _____

UNITÀ OPERATIVA _____

ALLA PRESENZA DEI SEGUENTI OPERATORI SANITARI CHE PARTECIPANO AL COLLOQUIO:

DOTT.SSA/DOTT. (NOME E COGNOME) _____

DOTT.SSA/DOTT. (NOME E COGNOME) _____

L'ESECUZIONE DI: _____

SI DICHIARA

- di aver ricevuto – tramite un colloquio con un medico ed un allegato materiale (nota o scheda informativa) specifico sull'atto medico proposto¹, che è parte integrante del presente modulo di dichiarazione di volontà, del quale si è compreso il contenuto e che viene rilasciato in copia – un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente relativamente a:

- l'assoluta necessità del digiuno (almeno 6 ore per i solidi e 2 ore per i liquidi)
- la tipologia dell'atto medico proposto; gli adempimenti preliminari, modalità di svolgimento, tempi della procedura; l'eventuale necessità di metodiche integrative; la eventuale possibilità di scelta fra atti medici diversi ed i relativi vantaggi e rischi; la possibilità di accettare ovvero non accettare l'atto medico proposto; le possibili conseguenze derivanti dal rifiuto dell'atto medico proposto; la possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore colloquio per poter acquisire ulteriori informazioni sull'atto medico proposto; le caratteristiche e modalità di effettuazione dell'atto medico proposto; i vantaggi e gli eventuali rischi e complicanze dell'atto medico proposto, la probabilità del loro verificarsi nonché le possibilità e modalità di trattamento; le condizioni morbose concomitanti ed i comportamenti che costituiscono fattore di rischio; le possibili complicanze, anche di natura infettiva connesse alla procedura diagnostico/terapeutica, alla loro incidenza anche in rapporto alle condizioni specifiche della singola persona assistita; le possibilità, probabilità, portata ed estensione dei risultati conseguibili; le conseguenze dell'atto medico proposto nell'ambito della vita familiare, sociale e sulle attività occupazionali; la necessità di visite, controlli ed esami necessari a tutelare lo stato di salute ed il buon esito dell'atto medico proposto; la tipologia del comportamento da tenere prima e dopo l'intervento;
- la possibilità che le percentuali riportate aumentano in relazione alle particolari complessità anatomiche o a situazioni cliniche particolarmente critiche;
- la possibilità di interrompere, in qualsiasi momento, l'atto medico proposto in modo concordato con il medico di riferimento;
- la possibilità di rifiutare in tutto o in parte qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario correlato alla patologia di base o singoli atti del trattamento stesso generale e specifico comprendendo che tale rifiuto potrebbe comportare delle conseguenze illustrate durante il colloquio con il Medico;
- la possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento, con conseguente mancati o ridotti raggiungimenti dei risultati previsti;
- la tipologia ed organizzazione della struttura sanitaria con eventuale collaborazione/partecipazione attiva di personale in formazione, con l'assistenza di tutor e/o di specialisti già formati

¹ Consegnare la copia, all'interessata/o/legale/i rappresentante/i/esercente/i la potestà genitoriale, della specifica nota o scheda informativa relativa all'atto medico proposto il cui originale rimane agli atti.

UOC Gastroenterologia Integrata Ospedale Territorio
Direttore ff Dott.ssa Maria Grazia Mancino

- di aver riferito corrette informazioni sul proprio stato di salute/sullo stato di salute della/dell'assistita/o, acconsentendo a che venga eventualmente consultata, a questo proposito, tutta l'eventuale documentazione clinica disponibile.
- di essere a conoscenza della possibilità, in caso di parere contrario, qualora le cure siano ritenute dal medico/equipe appropriate e necessarie, di ricorrere al Giudice tutelare per la decisione.
- di avere ricevuto esaurienti informazioni circa gli eventuali rischi, in gravidanza e durante l'allattamento, per il feto ed il neonato legati all'atto medico proposto².
- di aver prodotto la Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445) e la Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)³.

TUTTO CIÒ PREMESSO

- ☐ **SI ESPRIME CONSENSO LIBERAMENTE, SPONTANEAMENTE E IN PIENA COSCIENZA, PRESO ATTO DELLA SITUAZIONE ILLUSTRATA, ALL'ATTO MEDICO PROPOSTO DAL MEDICO/EQUIPE ED I CUI DETTAGLI SONO STATI ILLUSTRATI DURANTE IL COLLOQUIO INFORMATIVO.**
- ☐ **NON SI ESPRIME CONSENSO, PUR NELLA CONSAPEVOLEZZA DI TUTTI I RISCHI CHE COMPORTA IL RIFIUTO DELLE CURE, ALL'ATTO MEDICO CHE È STATO PROPOSTO DAL MEDICO/EQUIPE ED I CUI DETTAGLI SONO STATI ILLUSTRATI DURANTE IL COLLOQUIO INFORMATIVO.**
- ☐ **SI AUTORIZZA L'UTILIZZO DEI TESSUTI E/O ORGANI EVENTUALMENTE ASPORTATIMI DURANTE IL TRATTAMENTO AL FINE DI FORMULARE UNA DIAGNOSI ISTO-PATOLOGICA.**
- ☐ **NON SI AUTORIZZA L'UTILIZZO DEI TESSUTI E/O ORGANI EVENTUALMENTE ASPORTATIMI DURANTE IL TRATTAMENTO AL FINE DI FORMULARE UNA DIAGNOSI ISTO-PATOLOGICA.**
- ☐ **SI AUTORIZZA LA REGISTRAZIONE AUDIO E VIDEO E/O RIPRESE E FOTOGRAFIE DURANTE LE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E/O TERAPEUTICHE, E LA LORO EVENTUALE ARCHIVIAZIONE, E CHE QUESTE VENGANO UTILIZZATE A SCOPI DI RICERCA SCIENTIFICA NONCHÉ AI FINI DI AUDIT E PER IL MONITORAGGIO DEL RISCHIO CLINICO, NEL RISPETTO DELLA PRIVACY E DELLE NORMATIVE SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI.**
- ☐ **NON SI AUTORIZZA LA REGISTRAZIONE AUDIO E VIDEO E/O RIPRESE E FOTOGRAFIE DURANTE LE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E/O TERAPEUTICHE, E LA LORO EVENTUALE ARCHIVIAZIONE, E CHE QUESTE VENGANO UTILIZZATE A SCOPI DI RICERCA SCIENTIFICA NONCHÉ AI FINI DI AUDIT E PER IL MONITORAGGIO DEL RISCHIO CLINICO, NEL RISPETTO DELLA PRIVACY E DELLE NORMATIVE SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI.**
- ☐ **SI AUTORIZZA AD ESSERE SOTTOPOSTA/O A SEDAZIONE/ANALGESIA FINALIZZATA A RIDURRE IL DOLORE/FASTIDIO ED A FACILITARE L'ESECUZIONE DELL'ESAME.**
- ☐ **NON SI AUTORIZZA AD ESSERE SOTTOPOSTA/O A SEDAZIONE/ANALGESIA FINALIZZATA A RIDURRE IL DOLORE/FASTIDIO ED A FACILITARE L'ESECUZIONE DELL'ESAME.**

Firma della persona assistita _____

Firma del Rappresentante legale _____

(Affidatario/Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno)

Firma dell'esercente la potestà genitoriale _____

(genitore)

(genitore)

Firma di altri presenti (presa visione) _____

(Familiari, Testimoni)

Firma e timbro del medico _____

² Nel caso di soggetto di sesso femminile.

³ Nel caso di soggetto minore di età e nella ipotesi di assenza di un genitore per lontananza o impedimento che rende impossibile l'esercizio della responsabilità per il trattamento sanitario.

UOC Gastroenterologia Integrata Ospedale Territorio
Direttore ff Dott.ssa Maria Grazia Mancino

Firma degli operatori sanitari eventualmente presenti _____

Data e Ora di acquisizione del Consenso _____

NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

DATI IDENTIFICATIVI TESTIMONI

Nome e Cognome _____

Identificata/o tramite _____ n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/____

Recapito telefonico _____ email _____

Firma (Testimone) _____

Nome e Cognome _____

Identificata/o tramite _____ n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/____

Recapito telefonico _____ email _____

Firma (Testimone) _____

Data e Ora di acquisizione del Consenso _____

PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)

DATI IDENTIFICATIVI

Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dall'avente diritto/suo rappresentante legale e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.

Nome e Cognome _____

Nata/o a _____ (____) il ____/____/____

Identificata/o tramite _____ n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/____

Recapito telefonico _____ email _____

Firma _____

Data e Ora di acquisizione del Consenso _____

IN MERITO AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA/DI FIDUCIA/DI LIBERA SCELTA SI DICHIARA

☐ Di aver scelto la/il dott.ssa/dott. _____ come Medico di Medicina generale/Pediatra/di fiducia/di libera scelta

☐ Di non aver scelto Medico di Medicina generale/Pediatra/di fiducia/di libera scelta

Il medico di famiglia/pediatra/ di fiducia/di libera scelta è al corrente del motivo del ricovero

☐ SI

☐ NO

Il medico di famiglia/pediatra/ di fiducia/di libera scelta ha fornito ulteriori informazioni sul trattamento da eseguire: ☐ SI ☐ NO

UOC Gastroenterologia Integrata Ospedale Territorio
Direttore ff Dott.ssa Maria Grazia Mancino

**IN MERITO ALL'INFORMAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE E SUI TRATTAMENTI DA
INTRAPRENDERE SI DICHIARA**

☐ DI VOLER ESSERE INFORMATA/O/I sulle condizioni di salute e sui trattamenti da intraprendere ai fini della auspicata risoluzione del quadro clinico sofferto

☐ DI NON VOLER ESSERE INFORMATA/O/I sulle condizioni di salute e sui trattamenti da intraprendere, con totale affidamento alle competenze dell'equipe coordinata dalla/dal dott.ssa/dott. _____ al fine della auspicata risoluzione del quadro sofferto e quindi accettando le cure che l'equipe riterrà complessivamente di dover disporre

☐ DI AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni alle persone di seguito riportate in quanto delegate a ricevere l'informazione:

Nome e Cognome _____

Identificata/o tramite _____ n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/____

Nome e Cognome _____

Identificata/o tramite _____ n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/____

☐ DI NON AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni ad altre persone.