

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

**MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI
DILATAZIONE DI STENOSI E POSIZIONAMENTO DI ENDOPROTESI**

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: _____)

In rappresentanza di:

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

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

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,
- 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.

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.

² Nel caso di soggetto di sesso femminile.

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

- 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 _____

Firma degli operatori sanitari eventualmente presenti _____

Data e Ora di acquisizione del Consenso _____

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

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

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

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

☐ 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.