

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

MODULO PER LA REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO MEDICO

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
☐ Tutore legale (n. decreto: _____)
☐ Affidatario
☐ 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):

Informata/o/i di tutti i rischi che la decisione ed il rifiuto alle cure comporta

Informata/o/i altresì della possibilità, in caso di parere contrario, qualora le cure siano ritenute dal medico appropriate e necessarie, di ricorrere al Giudice tutelare per la decisione

In relazione al Consenso informato all'ATTO MEDICO _____

sottoscritto in data _____

SI DICHIARA, LIBERAMENTE, SPONTANEAMENTE ED IN PIENA COSCIENZA, DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO PRECEDENTEMENTE PRESTATO.

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 della Revoca _____

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

DATI IDENTIFICATIVI TESTIMONI

Nome e Cognome _____

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

Residente/domiciliato a _____ (____) Via/Piazza/Largo _____ n. _____

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

Recapito telefonico _____ email _____

Firma (Testimone 1) _____

Nome e Cognome _____

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

Residente/domiciliato a _____ (____) Via/Piazza/Largo _____ n. _____

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

Recapito telefonico _____ email _____

Firma (Testimone 2) _____

Data e Ora di acquisizione della revoca _____

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

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 ____/____/____

Residente/domiciliato a _____ (____) Via/Piazza/Largo _____ n. _____

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

Recapito telefonico _____ email _____

Firma _____

Data e Ora di acquisizione della revoca _____