


 Residenza Protetta Anziani (R3-R3D) "URBINO SOLIDALE"  
 Via A. De Gasperi 2 - 61029 URBINO (PU) - Tel/Fax 0722 986453

 Cod. ROG26/1.6  
 Rev.02 del 30.06.2025

## MODULO 6

**CONSENSO INFORMATO TRATTAMENTI SANITARI**

PAZIENTE: \_\_\_\_\_

ANNO \_\_\_\_\_

N° prog. \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

(Dichiarazione sostitutiva ex art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)

consapevole del fatto che chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o false o dati non rispondenti al vero soggiace a sanzione penale ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, sotto la mia responsabilità

**DICHIARO**

## • di rivestire la qualità di:

☐ Paziente sopra identificato

oppure di:

☐ Rappresentante Legale ☐ Amministratore di sostegno del paziente sopra identificato.

 • DI ESSERE STATO INFORMATO da ☐ M.M.G. ☐ Infermiere: \_\_\_\_\_ su:

☐ situazione clinica obiettiva riscontrata

☐ descrizione dell'intervento ritenuto necessario e rischi derivanti dal rifiuto dell'atto sanitario

☐ eventuali alternative diagnostiche e/o terapeutiche

☐ tecniche e materiali impiegati

☐ benefici attesi

☐ rischi presunti

☐ eventuali complicanze

☐ comportamenti che dovrà seguire per evitare complicazioni successive

☐ uso di farmaci prescritti secondo indicazioni cliniche previste dalla letteratura medica o linee guida, al di fuori delle indicazioni previste in scheda tecnica e che tali farmaci restano a carico del paziente in quanto non forniti dal SSN. Se ne autorizza specificamente la prescrizione

☐ possibilità di una propria revoca del consenso

**DICHIARO**

di avere compreso l'informazione ricevuta relativa ai seguenti trattamenti proposti:

TIPOLOGIA	FINALITÀ	MODALITÀ TERAPEUTICHE

Sulla base delle informazioni sopra fornite:

☐ ACCETTO di sottopormi al trattamento sanitario proposto

☐ RIFIUTO il trattamento sanitario proposto

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL DICHIARANTE: \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALLA VERIFICA DEL CONSENSO**

 DATA \_\_\_\_\_ ☐ M.M.G. ☐ Infermiere FIRMA: \_\_\_\_\_