|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| coopsolidale | 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**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTA:** numerare progressivamente ogni modulo e archiviare i moduli cronologicamente in un unico plico per ogni singolo anno.