

**CONSENSO PER L'ESECUZIONE DI****ETICHETTA PAZIENTE**Lato (*se previsto*) destro sinistro Io sottoscritto/a..... nato/a il
genitore/tutore di..... nato/a il
con grado di comprensione della lingua:completa sufficiente con necessità di mediatore linguistico
(nome del mediatore:.....)**DICHIARO**di essere stato esaurientemente informato e di avere letto e sottoscritto l'allegata informativa

- sulla mia condizione clinica /sulle condizioni cliniche di mio/mia figlio/figlia
- di aver menzionato tutti i disturbi e le patologie di cui sono affetto/è affetto mio figlio/figlia
- sulle modalità di esecuzione e finalità diagnostiche e/o terapeutiche
- di essere stato/a adeguatamente informato/a sulle complicanze, sui rischi/benefici ed eventuali alternative al trattamento, sulle eventuali conseguenze da rifiuto al trattamento
- di aver compreso l'informazione ricevuta per iscritto e verbalmente e di aver potuto formulare domande e acquisire risposte esaurienti
- di essere a conoscenza di poter revocare il consenso in qualsiasi momento prima dell'effettuazione del trattamento
- dell'eventualità di cambiamento della tecnica chirurgica, qualora si verificasse a giudizio del chirurgo/équipe chirurgica, la necessità clinica/chirurgica di utilizzare ulteriori e diverse procedure oltre a quelle descritte e proposte a salvaguardia della tutela della mia salute
- su chi è previsto esegua il/i trattamento/i
- altro.....

Preso atto di tutto ciò, consapevolmente e liberamente

 Acconsento; **Non acconsento**Data..... **Firma paziente/tutore****Firma di entrambi i genitori 1..... 2.....****Dichiarazione di assenza di uno dei genitori**Io sottoscritto/a..... nato/a ildichiaro che l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per: lontananza; impedimento; altro.....

Firma genitore dichiarante.....

(Il dichiarante è consapevole delle conseguenze in termini di responsabilità penale che derivano dal rilasciare attestazioni non veritiere)

Le condizioni psico-fisiche del paziente non consentono di fornire un'adeguata informazione, e l'acquisizione di un valido consenso poiché lo stesso è affetto da.....
Si esegue comunque la procedura per motivi di assoluta necessità e al fine di salvaguardare la vita del paziente. I parenti vengono informati e prendono atto della situazione.

Data..... Ora.....Firma.....Grado di parentela.....

Data..... Ora.....Nome e firma del medico.....