



Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

"Saverio de Bellis"

Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia

via Turi n°27 - 70013 Castellana Grotte - Bari

C.F. - P.IVA: 00565330727

Ente di diritto pubblico D.M. del 31-3-1982



Dasa-Rägi

EN ISO 9001:2008
IQ-1208-14

DIREZIONE SANITARIA

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

I.R.C.C.S.

Parte da compilare a cura dell'assistito

I.R.C.C.S.

Assistito

Cognome e Nome

Nato/a il a

Atto sanitario da effettuare

Il/La Sottoscritto/a

nato/a il __/__/____ a.....

residente a.....

in qualità di: ☐ diretto/a interessato/a ☐ genitore ☐ tutore dell'utente* ☐ Amministratore di sostegno*

DICHIARA:

- di aver ricevuto adeguate informazioni e di averle comprese ☐ SI ☐ NO
- di aver ricevuto chiarimenti a tutti i quesiti eventualmente posti ☐ SI ☐ NO
- di essere a conoscenza delle eventuali scelte alternative ☐ SI ☐ NO
- di essere a conoscenza delle conseguenze derivanti dal rifiuto ☐ SI ☐ NO
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso ☐ SI ☐ NO
- di essere a conoscenza che il presente consenso è onnicomprensivo di tutti i necessari cicli terapeutici, continuativi e non e di profilassi collegati e conseguenti ☐ SI ☐ NO
- di aver avuto il tempo necessario per decidere ☐ SI ☐ NO

di ACCETTARE L'ATTO SANITARIO PROPOSTO ☐ SI ☐ NO

Data..... Firma

In caso di assenza di uno dei genitori: Il/La sottoscritto/a inoltre, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, sotto la propria responsabilità,

- ☐ dichiara di aver correttamente informato l'altro genitore e di averne acquisito l'assenso
- ☐ dichiara di esercitare da solo/a la potestà genitoriale

Firma del genitore

- ☐ **In caso di Utente riconosciuto incapace:**

*Firma del Tutore/Legale Rappresentante/ Amministratore di sostegno

(allegare autocertificazione del Tutore/ Legale Rappresentante /Amministratore di sostegno)

Dichiaro di aver raccolto l'anamnesi, di aver fornito informazioni specifiche sull'atto sanitario e di aver precedentemente fornito la relativa scheda informativa in merito a indicazioni, controindicazioni, eventuali effetti secondari/ complicanze, alternative, conseguenze, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale del consenso informato. Dichiaro di aver risposto esaurientemente a tutte le domande rivolte e nel caso di utente straniero, che non comprende la lingua italiana, di aver provveduto a fornire informazioni nella lingua d'origine e/o conosciuta o con intervento di un mediatore/interprete.

Firma e timbro di chi acquisisce il consenso

Firma e timbro di chi ha effettuato l'atto sanitario

Il/La Sottoscritto/a.....dichiara di revocare il consenso così come precedentemente espresso in data.....firma.....

Data.....Firma e timbro di chi ha acquisito la revoca.....