
	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	MO_CL-UTIN_0	
		Rev. 00 Data gennaio 12	Pagina 1 di 2
<b>DICHIARAZIONE DI CONSENSO          A TRATTAMENTO TERAPEUTICO DI          IPOTERMIA CORPOREA LIEVE GENERALIZZATA</b>		Cognome nome..... Data di Nascita ____/____/____ SDO.....	

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
 residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, in qualità di:

- ☐ paziente  
☐ genitore esercente la potestà genitoriale di \_\_\_\_\_  
☐ tutore    ☐ amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_

### DICHIARO

- di essere stato/a esaustivamente informato/a dal Prof./Dott. \_\_\_\_\_ in  
 modo chiaro e comprensibile, mediante colloquio ☐ e modulo informativo ☐:  
 - che sono/è affetto/a da \_\_\_\_\_;  
 \_\_\_\_\_;  
 - che per la cura di tale patologia è indicato il seguente trattamento terapeutico di  
 \_\_\_\_\_;  
 - del fatto che il trattamento sarà eseguito dall'équipe della Struttura di \_\_\_\_\_;  
 - del tipo e delle caratteristiche del trattamento terapeutico cui verrò/à sottoposto;  
 - delle indicazioni, controindicazioni, possibili benefici ed insuccessi del trattamento proposto;  
 - degli eventuali rischi generici e specifici e delle possibili complicanze del trattamento proposto;  
 - del fatto che il trattamento proposto potrà essere modificato dall'operatore nel corso della cura  
 qualora egli lo ritenesse necessario e/o opportuno;  
 - del decorso post-trattamento e degli eventuali tempi di degenza medi;  
 - dei controlli da effettuare e delle misure igieniche e prescrizioni da seguire a domicilio;  
 - delle possibili alternative terapeutiche al trattamento proposto e dei relativi rischi e complica-  
 ze;  
 - delle motivazioni che rendono più indicato il trattamento proposto rispetto alle alternative te-  
 rapeutiche;
- di aver avuto la possibilità di fare domande sulle informazioni ricevute e di aver ricevuto esau-  
 rienti risposte;
- di essere stato informato della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento prima del  
 trattamento proposto;
- essere stato informato della possibilità dei rischi in caso di ritardo o rifiuto della cura proposta;
- di essere stato informato del fatto che in caso di rifiuto verrò/à ugualmente curato ed assistito;
- di aver compreso quanto mi è stato spiegato.

	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA		MO_CL-UTIN_0	
			Rev. 00 Data gennaio 12	Pagina 2 di 2
<b>DICHIARAZIONE DI CONSENSO A TRATTAMENTO TERAPEUTICO DI IPOTERMIA CORPOREA LIEVE GENERALIZZATA</b>			Cognome nome..... Data di Nascita ____/____/____ SDO.....	

**Tutto ciò premesso, in piena coscienza e libertà**

☐ **ACCONSENTO**

☐ **NON ACCONSENTO**

ad essere sottoposto / a che \_\_\_\_\_ sia sottoposto a trattamento di \_\_\_\_\_

firma del paziente/rappresentante legale \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_  
(leggibile)

firma del medico \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_  
(leggibile)

\*\*\*\*\*

☐ **ACCONSENTO**

☐ **NON ACCONSENTO**

a che i sanitari forniscano le informazioni relative al mio/suo stato di salute a \_\_\_\_\_

firma del paziente/rappresentante legale \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_  
(leggibile)

firma del medico \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_  
(leggibile)

\*\*\*\*\*

☐ **ACCONSENTO**

☐ **NON ACCONSENTO**

a che i sanitari utilizzino in forma anonima le informazioni relative al mio/suo stato di salute per fini scientifici e per pubblicazioni scientifiche.

firma del paziente/rappresentante legale \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_  
(leggibile)

firma del medico \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_  
(leggibile)