



**S.S.D. di Neuroangiografia Diagnostica e Interventistica
C.d.C. 4703
Responsabile: Dr. M. Hamam**

**MODULO CONSENSO INFORMATO
per trattamento di Vertebro-Cifoplastica**

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 complicanze;
 - delle motivazioni che rendono più indicato il trattamento proposto rispetto alle alternative terapeutiche;
- di aver avuto la possibilità di fare domande sulle informazioni ricevute e di aver ricevuto esaurienti 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.



Modulo CONSENSO INFORMATO per trattamento di Vertebro-Cifoplastica

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)