 azienda sanitaria locale matera	<b>MODULO</b> Data redazione :06-06-2018	<b>COD: MPDTA-02-13</b>	
	<b>PDTA</b> Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali	REV. 0.0	Pagina 1/2

## MODELLO UNICO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO ALL'ATTO DI CURA

Per il paziente \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_  
 nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
 con diagnosi di \_\_\_\_\_

si pone indicazione alla seguente indagine diagnostica / procedura terapeutica:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Al paziente sono state fornite informazioni circa :

- a) la diagnosi
- b) la natura della indagine / procedura proposta
- c) le ragionevoli possibili alternative
- d) i rilevanti benefici e rischi della indagine diagnostica / procedura terapeutica e delle possibili alternative

○ altro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

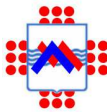
○ E' stato fornito materiale informativo specifico \_\_\_\_\_

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Il medico \_\_\_\_\_ (timbro e firma)

Confermo di aver ricevuto informazioni adeguate circa i punti sopra specificati riguardanti la indagine / procedura proposta e conseguentemente esprimo il mio consenso /dissenso alla stessa. Il consenso/dissenso può essere revocato in qualsiasi momento.

Esprimo inoltre il mio consenso all'utilizzo dei miei dati personali e sensibili da parte del Personale Sanitario dell'ASM, a fini inerenti alla diagnosi ed alla terapia che dovessero rendersi necessarie. Autorizzo il personale ASM a ritirare documenti sanitari o informazioni urgenti ( ricette, referti ecc.). Autorizzo il medico a riferire la mia condizione clinica a professionisti quali medici specialisti o

 azienda sanitaria locale matera	<b>MODULO</b> Data redazione :06-06-2018		<b>COD: MPDTA-02-13</b>	
	PDTA Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali		REV. 0.0	Pagina 2/2

ospedalieri per ragioni inerenti alla patologia di cui soffro, alle indagini necessarie ed alle terapie proposte.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il paziente \_\_\_\_\_

Il legale rappresentante \_\_\_\_\_

Il testimone \_\_\_\_\_