

 <p>azienda sanitaria locale matera</p>	MODULO Data redazione :06-06-2018	COD: MPDTA-02-13	
	PDTA 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: _____

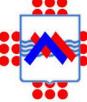
E' stato fornito materiale informativo specifico _____

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

 <p>azienda sanitaria locale matera</p>	MODULO Data redazione :06-06-2018	COD: MPDTA-02-13	
	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 _____