



**MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO
DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO/ATTO SANITARIO**

(L. 22 dicembre 2017 n. 219 – Det. Regionale - G00642 25.01.2022)

PERSONA MINORE

Gentile Signora e Signore
(Nome e Cognome)

Vi siete rivolti a questa Struttura Sanitaria

ECORAD

- per sottoporre vostro/a figlio/a ad esami diagnostici, cure ed assistenza sanitaria. Per questo motivo è necessario fornirvi ogni informazione utile per decidere se acconsentire al percorso di diagnosi e cura proposto. Tale percorso potrà essere iniziato solo dopo che ne abbiate compreso i motivi e sottoscritto lo specifico consenso.
- Le informazioni sono finalizzate anche a rafforzare l'alleanza terapeutica con i componenti dell'equipe sanitaria a cui vi state affidando, avuto riguardo di quanto riferito circa le vostre convinzioni ed orientamenti sulle scelte in tema di cure.
- Per procedere con gli accertamenti e le cure è importante che sottoscriviate il presente modulo di consenso informato a conclusione del colloquio informativo, che può essere stato accompagnato dalla fornitura di un foglio informativo, il cui scopo è quello di rendere edotta la persona assistita rispetto alle sue condizioni di salute e di aggiornarla in modo completo riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici ed ai rischi degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti sanitari proposti, nonché riguardo alle possibili alternative ed alle conseguenze di un eventuale rifiuto.
- Le informazioni che sono state fornite durante il colloquio ed eventualmente riportate nel foglio informativo hanno l'obiettivo di mettervi in condizione di orientarsi circa:
 1. la scelta tra le diverse opzioni di trattamento e di assistenza appropriate al caso;
 2. la facoltà di acquisire, eventualmente, ulteriori pareri di sanitari di vostra fiducia;
 3. la facoltà di scegliere un'altra struttura sanitaria che offra opzioni e condizioni diverse del trattamento proposto;
 4. il diritto di rifiutare, con consapevolezza delle conseguenze, i trattamenti invasivi o la terapia, e/o di decidere di interromperla;
 5. le normali sequele anatomiche e funzionali da affrontare connesse al trattamento e/o al decorso riabilitativo, nonché le eventuali complicazioni prevedibili e non del tutto prevenibili, il cui rischio di accadimento è talora aumentato in base alle personali condizioni cliniche.



DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE - PERSONA MINORE

Minore (Nome e Cognome)					
Nato/a a			Il (GG/MM/AAAA)		
Documento d'identità		n.		del	
ESERCENTI LA POTESTÀ GENITORIALE					
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)					
Nato/a a			Il (GG/MM/AAAA)		
Documento d'identità		n.		del	
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)					
Nato/a a			Il (GG/MM/AAAA)		
Documento d'identità		n.		del	
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)					
Nato/a a			Il (GG/MM/AAAA)		
Documento d'identità		n.		del	
TUTORE/CURATORE/DELEGATO					
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)					
Nato/a a			Il (GG/MM/AAAA)		
Documento d'identità		n.		del	
In qualità di TUTORE/CURATORE/DELEGATO* <i>*in caso di delegato associate delega e documento delegato / delegante</i>	n.decreto				
Con riferimento al colloquio con: (Nome e Cognome dell'operatore)					
Alla presenza di: (Nome e Cognome degli operatori che partecipano al colloquio)					
Effettuato in data: (GG/MM/AAAA)			Relativamente al seguente atto sanitario proposto:		
			3		

DICHIARO/DICHIARIAMO CHE

- ho ricevuto informazioni chiare e complete sulle condizioni cliniche del minore, sul trattamento proposto, i suoi potenziali benefici, eventuali rischi e complicanze, nonché sulle alternative terapeutiche e diagnostiche;
- ho avuto la possibilità di riflettere sul trattamento proposto anche con l'ausilio del foglio informativo specifico, che mi è stato consegnato e spiegato con debito anticipo;
- sono stato informato sulle possibili complicanze, anche di natura infettiva connesse alla procedura diagnostico/terapeutica, alla loro incidenza anche in rapporto alle condizioni specifiche della singola persona assistita;
- sono stato informato che ho la facoltà di rifiutare in tutto o in parte qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario correlato alla mia patologia o singoli atti del trattamento stesso generale e specifico e ho capito che tale rifiuto potrebbe comportare delle conseguenze illustrate nell'informativa specifica del trattamento proposto.



CONSENSO INFORMATO MINORI

DICHIARO/DICHIARIAMO INOLTRE CHE IL MINORE:

Ha un pediatra di libera scelta/di fiducia:	☐ NO ☐ SÌ è il/la Dott./Dott.ssa: _____
Il pediatra di libera scelta /fiducia è al corrente del motivo del trattamento:	☐ NO ☐ SÌ
Il pediatra di libera scelta /fiducia ha fornito informazioni sul trattamento da eseguire:	☐ NO ☐ SÌ

SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO – PERSONA MINORE

NB: in caso di nomina del tutore/curatore, è solo questo che deve firmare il consenso

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)		
In qualità di TUTORE/CURATORE/DELEGATO*	n. decreto: _____ <i>* Se delegato: documento delegato-delegante e relativa delega</i>	
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)		In qualità di esercente la potestà genitoriale
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)		In qualità di esercente la potestà genitoriale

- ☐ ACCETTO quindi, liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, preso atto della situazione illustrata, il trattamento proposto e i cui dettagli sono riportati nell'informativa specifica allegata;
- ☐ NON ACCETTO, ben consapevole dei rischi che può comportare il rifiuto delle cure e della possibilità, in caso di parere contrario, qualora le cure siano ritenute dal medico appropriate e necessarie, di ricorrere al giudice tutelare per la decisione, nell'interesse del minore
- ☐ DICHIARO inoltre di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento.

Da compilare solo se il consenso è espresso da un solo genitore esercente la patria potestà

AUTODICHIARAZIONE CONIUGE ASSENTE

Il/La sottoscritto/a _____, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia responsabilità,

DICHIARA

che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per:

☐ lontananza; ☐ impedimento; ☐ incapacità naturale/legale; ☐ altro

data	
firma del tutore/delegato	
firma dell'esercente la potestà genitoriale	
firma dell'esercente la potestà genitoriale	
firma del medico	
firma degli operatori presenti	

PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)

Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.

Nome Cognome ed estremidocumento mediatore culturale		Firma	
Data e ora di acquisizione del consenso			