

<p style="text-align: center;">Sistema Socio Sanitario</p> <p>  Ospedale Maggiore  Regione Lombardia ASST Crema </p> <p>Dipartimento Cardio Cerebro Vascolare U.O. di RADIOLOGIA</p>	<p>MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO GENERALE</p>	<p>MORadio09/01 REV.02 25/02/2016 Pag 1 di 1</p>
---	---	---

ETICHETTA BARCODE DEL PAZIENTE
XXXX XXX XX XXX X XXXXXX

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Dichiaro di essere stato esaurientemente informato, attraverso il colloquio con il/ i Dott. _____ circa

_____ (scrivere patologia o sospetto diagnostico) e:

- acconsento
 non acconsento

a sottopormi a _____

(riportare procedura diagnostica o terapeutica-specificare sede e lato dell'intervento) e all'eventuale _____ (riportare il consenso ad altri interventi connessi a quello principale).

In particolare dichiaro di aver letto e compreso le informazioni contenute nella **Nota Informativa** _____ (riportare codice) che mi è stata consegnata e spiegata chiaramente in tutti i suoi punti :

- Descrizione del trattamento proposto
- Potenziali benefici e svantaggi
- Possibili rischi e complicanze
- Possibili alternative
- Possibili esiti del non trattamento
- Possibili problemi di recupero

Eventuali osservazioni _____

Esprimo pertanto, in maniera libera ed esplicita il mio consenso alla realizzazione del trattamento proposto, consapevole che posso revocare il consenso dato in qualsiasi momento.

Data,/...../.....

Firma del paziente* _____
 Firma dei/del genitori/e o di colui che esercita la potestà genitoriale** _____

Timbro e firma leggibile del medico _____

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete/mediatore culturale : SI NO

Firma dell'interprete/mediatore culturale _____

Avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di **NON ACCONSENTIRE** ad essere sottoposto a prestazione sopradescritta, consapevole delle conseguenze derivanti da tale decisione.

Firma del paziente _____ Firma del Medico _____

*Nel caso di paziente interdetto la firma deve essere apposta dal tutore; nel caso di paziente inabilitato la firma deve essere del soggetto inabilitato la cui volontà prevale su quella del curatore.
 **Esprime la volontà in oggetto anche per l'altro genitore (a meno di esplicito dissenso di uno dei genitori, nel qual caso dovrà essere coinvolto il Giudice Tutelare). Nelle ipotesi di affidamento esclusivo l'esercizio della patria potestà spetta alla persona e/o genitore al quale il figlio è affidato.