



## MODULO

### CONSENSO INFORMATO

per l'utenza immigrata

INGLESE	FRANCESE	SPAGNOLO	CINGALESE
CINESE	ARABO	RUSSO	UCRAINO

Con il consenso informato il paziente esprime la sua volontà ad accettare il trattamento diagnostico o terapeutico che il medico gli propone.

Il consenso deve essere sottoscritto esclusivamente dal diretto interessato o, in caso di minore (persona con meno di anni 18) dai genitori o dal legale rappresentante.

Per esprimere o negare il proprio consenso è necessario essere adeguatamente e precedentemente informati.

Il compito di informare il paziente spetta al medico che è tenuto a spiegare: i benefici che il paziente può avere dal trattamento, gli inconvenienti ed i rischi che il trattamento comporta, se esistono e quali sono i possibili trattamenti alternativi, quali sono i rischi del paziente in caso di rifiuto.

Il paziente ha diritto a chiedere e ricevere informazioni dettagliate ma conserva, in ogni caso, il diritto a scegliere di non essere informato (eventualmente delegando al consenso una terza persona)

**Struttura della ASL Napoli 1 (Stabilimento Ospedaliero/Distretto Sanitario/Presidio Sanitario Intermedio)**

U.O. /Reparto/Ambulatorio/Centro \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver ricevuto dal dott. \_\_\_\_\_

Informazioni adeguate in riferimento al seguente (barrare)

esame	terapia	trattamento	intervento
-------	---------	-------------	------------

SPECIFICARE \_\_\_\_\_

Dichiaro pertanto (barrare le caselle)

<input type="checkbox"/>	di aver avuto la possibilità di fare domande e di aver ricevuto risposte
<input type="checkbox"/>	di essere stato informato dei benefici e dei rischi a cui vado incontro
<input type="checkbox"/>	di essere stato informato dei possibili trattamenti alternativi

Per quanto sopra, dichiaro di acconsentire ad essere sottoposto a (specificare): \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PAZIENTE \_\_\_\_\_

Firma del parente \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_

MINORE: firma del genitore o del legale rappresentante \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del Medico \_\_\_\_\_