

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ATTO MEDICO

Io sottoscritto dichiaro di essere stato chiaramente e compiutamente informato dal Dott. che per i sintomi da me accusati (.....) e per la patologia riscontrata (.....) si rende necessario / opportuno procedere al seguente trattamento medico-chirurgico: che mi è stato descritto in modo dettagliato ed approfondito sino ad una completa comprensione da parte mia.

Dichiaro che sono stato messo al corrente di come la mia malattia, se non adeguatamente trattata in questa fase, potrebbe evolvere e di quali nuove problematiche potrebbero insorgere posticipando il trattamento .

Dichiaro che mi sono state indicate le possibili alternative terapeutiche (.....), di ciascuna delle quali mi sono stati chiariti la natura, i rischi, i vantaggi e gli eventuali effetti indesiderati; ho pertanto ben compreso quali siano i motivi che rendono attualmente preferibile seguire la via terapeutica sopra indicata anziché le altre possibili alternative .

Ho compreso l'effettiva portata dell'intervento terapeutico, le difficoltà ad esso legate, gli obiettivi, le probabilità dei risultati che potranno essere conseguiti (ivi compresa l'ipotesi che esso possa non essere risolutore), e comunque i prevedibili vantaggi, i rischi connessi e gli eventuali effetti indesiderati .

Mi sono state descritte accuratamente la prevedibile durata dell'atto terapeutico, della conseguente degenza e della successiva convalescenza, le terapie pre- e post-operatorie che dovrò subire con particolare riferimento ai benefici ed agli effetti indesiderati da esse dipendenti; nonché quale verosimilmente sarà la qualità della degenza e/o convalescenza post-trattamento cui andrò incontro .

Mi è stato chiarito che le indicazioni fornitemi sono valide soltanto in assenza di complicanze ed effetti collaterali indesiderati, che varierebbero i tempi ed i modi del trattamento . Mi è stato fatto presente che in tale ambito di complicanze ed effetti collaterali si possono presentare:

- reazioni allergiche di varia gravità;
- reazioni a qualunque tipo di anestesia;
- embolie di varia natura;
- complicanze cardio-vascolari di diversa entità e gravità, sino a quelle estreme;

- complicanze a carico degli apparati respiratorio, renale, gastro-intestinale, vascolare, nervoso, emopoietico, muscolo-scheletrico e cutaneo;
- infezioni da batteri, miceti (funghi) e virus;

-

-

Mi è stato spiegato, indicandomeli dettagliatamente, che taluni di questi rischi sono da considerarsi eccezionali, altri sono possibili, altri ancora probabili; e che alcuni di essi sono invece certi e non evitabili, in quanto insiti nell'atto diagnostico-terapeutico stesso. Tutto ciò, sia in senso generale che in riferimento al mio quadro clinico. Mi è stato anche spiegato quali cure o interventi sarà necessario eseguire in caso di complicazioni, e quali problemi questi nuovi atti terapeutici potrebbero cagionare.

Alle domande da me poste il Medico ha fornito risposte comprensibili, tali da consentirmi di farmi un quadro completo e del tutto esauriente della situazione; sono quindi in grado di decidere consapevolmente sul trattamento diagnostico-terapeutico cui dovrò essere sottoposto.

Tutto ciò premesso, sottolineo altresì che sono pienamente consapevole del fatto che un mio eventuale rifiuto comunque non precluderebbe in alcun modo il rapporto di fiducia medico-paziente e che non ritengo di avere subito da parte del medico alcuna pressione di tipo psicologico per indirizzare la mia scelta, dichiaro di al trattamento propostomi.

Infine, faccio presente di essere stato informato del fatto che nel corso della procedura diagnostica o del trattamento potrebbe evidenziarsi un quadro diverso dal previsto, ovvero che potrebbero verificarsi circostanze non attese, tali da rendere opportuno o necessario procedere ad ulteriori misure diagnostico-terapeutiche, differenti da quelle progettate. Anche a queste possibili variazioni rispetto alla linea di condotta prestabilita (che mi sono state compiutamente descritte, così come mi è stato descritto quanto, nelle singole evenienze, diverrà opportuno o necessario effettuare) dichiaro consapevolmente di acconsentire.

Sottoscritto in data

Firma del paziente, del legale rappresentante
o dell'esercente la patria potestà

.....

Firma del Medico