



**PROCEDURA
CONSENSO INFORMATO**

PG 8.1K
Ediz. 1 Rev. 0
Data 01 MARZO 23

Pag. 1 / 9

CONSENSO INFORMATO

Elaborazione e verifica
Responsabile Sistema GQ

Approvazione ed emissione
Alta Direzione

- Copia controllata n°
- Copia non controllata

Consegnata a in data

Ed.	Rev.	Natura Doc. (emis./revis.)	Motivi di revisione o riedizione	Data emis./revis.
1	0	Emissione	Rivisitazione della documentazione	01.03.23
	1			.../.../....
	2			.../.../....
	3			.../.../....
	4			.../.../....
	5			.../.../....



INDICE

- 1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE**
- 2. DEFINIZIONI**
- 3. RACCOMANDAZIONI**
- 4. MODALITA' OPERATIVE**
 - 4.1 CONSENSO GENERALE ALLE CURE**
 - 4.2 CONSENSO INFORMATO**
 - 4.3 CONSENSO INFORMATO PERSONA INCAPACE**
 - 4.4 CONSENSO INFORMATO DELLA PERSONA MINORE**
 - 4.5 CONSENSO INFORMATO DURANTE L'EMERGENZA PANDEMICA**
- 5. BIBLIOGRAFIA**



1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura definisce le modalità operative, i compiti e le responsabilità relativi alla gestione ed al controllo dell'acquisizione del Consenso Informato alle cure.

2. DEFINIZIONE

L'utente ha diritto a ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura ed ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché alle eventuali opzioni alternative. Queste informazioni devono essere fornite nel modo più esauriente possibile al fine di assicurare una scelta libera e consapevole da parte della persona assistita.

La corretta acquisizione del consenso informato si pone come vero e proprio obbligo del medico e del professionista sanitario, con conseguente onere della prova a suo carico di aver compiutamente informato la persona assistita.

E' un documento d'indirizzo regionale volto a definire gli elementi minimi che qualsiasi struttura sanitaria dovrà rispettare per adempiere a quanto previsto dalla normativa vigente, con necessità di aggiornamento continuo.

Eventuale rifiuto del trattamento proposto dovrà essere tracciato in Cartella Clinica.

il consenso informato costituisce un riferimento/obbligo/diritto in qualsiasi processo clinico- assistenziale, terapeutico, riabilitativo.

3. RACCOMANDAZIONI

Questo documento e la modulistica allegata, sono stati sviluppati tenendo conto degli aspetti medico-legali riguardanti il processo di informazione ed acquisizione del consenso. A tal fine il gruppo di lavoro ha identificato elementi qualificanti del processo di acquisizione del consenso informato, in relazione ai quali ha sintetizzato raccomandazioni rivolte alle Strutture, nonché agli esercenti delle professioni sanitarie che vi operano. La Tabella 1 espone il contenuto delle raccomandazioni la cui forza è espressa in base ai seguenti livelli:

- Livello A:** raccomandazione derivanti dalla legislazione vigente;
- Livello B:** fortemente consigliato in base al presente documento d'indirizzo;
- Livello C:** fortemente consigliato (per implicazioni medico-legali).



**PROCEDURA
CONSENSO INFORMATO**

PG 8.1K
Ediz. 1 Rev. 0
Data 01 MARZO 23

Pag. 4 / 9

Tabella 1 – Livello di forza delle raccomandazioni per la raccolta del consenso informato

Raccomandazione	Livello
Il processo informativo deve essere comprensibile alla persona e l'informazione completa ed aggiornata in base all'evoluzione del percorso di cura.	A
Il Consenso Informato deve sempre precedere qualsiasi trattamento sanitario.	A
La persona assistita può avvalersi, ai fini della più ampia consapevolezza delle implicazioni conseguenti alla scelta diagnostico/terapeutica, del supporto/coinvolgimento di personale sanitario e/o di persone di sua fiducia.	B
La persona assistita può rifiutare in tutto o in parte gli accertamenti diagnostici e i trattamenti sanitari proposti.	A
La persona assistita deve esser messa a conoscenza della possibilità di revocare in ogni momento il consenso informato.	A
Nel modulo di consenso informato sono riportati in maniera leggibile il nominativo e la firma del medico che fornisce le informazioni e raccoglie il consenso.	A
Nel modulo di consenso informato sono riportati in maniera leggibile il nominativo e la firma dell'esercente la professione sanitaria che concorre al processo di cura.	C
Nel modulo di consenso informato sono riportati in maniera leggibile il nominativo e la firma per accettazione del consenso (o del dissenso) della persona assistita o di chi è titolato ad esprimerlo in sua vece.	A
Le Strutture sono tenute ad adottare apposita modulistica cartacea per l'informazione e l'acquisizione del consenso per l'accesso alle prestazioni generali (CONSENSO GENERALE).	A
La fase di sottoscrizione della modulistica del consenso informato avviene secondo principi e modalità appropriate al caso concreto.	C
Le Strutture provvedono a divulgare (attraverso la carta dei servizi, il sito web o altre forme di comunicazione): <ul style="list-style-type: none">• i principi generali della legislazione vigente;• le informazioni relative ai servizi e all'accesso al percorso di cura;• le modalità adottate dalla struttura per l'acquisizione del consenso informato.	B

Nella Tabella 2 (check list) è riportata un elenco degli elementi fondamentali che caratterizzano un consenso informato correttamente acquisito.

Tabella 2 – Check list per la valutazione della qualità del Consenso Informato

Raccomandazione		Livello
1. Presenza dati identificativi della persona assistita	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
2. Presenza dati identificativi della U.O.	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
3. Presenza data di compilazione del modulo	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
4. Generalità e firma della persona assistita o dell'eventuale fiduciario o persona titolata a ricevere le informazioni e/o esprimere il consenso	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO



**PROCEDURA
CONSENSO INFORMATO**

PG 8.1K
Ediz. 1 Rev. 0
Data 01 MARZO 23

Pag. 5 / 9

5. Presenza dei descrittori, del percorso di cura (CONSENSO GENERALE) o della specifica procedura (CONSENSO SPECIFICO)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
6. Dichiarazione della persona assistita, o della persona titolata nei casi specifici, di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
7. Presenza firma del medico che ha acquisito il consenso	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

4. MODALITÀ OPERATIVE

4.1 CONSENSO GENERALE ALLE CURE

Il consenso informato generale alle cure è necessario per l'inizio di qualsiasi trattamento sanitario. È pertanto la Struttura ha istituito un modulo per il consenso generale alle cure, da acquisire in occasione del primo accesso al percorso di cura da cui emerga con chiarezza il trasferimento di informazioni ed il nome del professionista/equipe sanitaria che è garante di questo processo.

4.2 CONSENSO INFORMATO

I TRE MOMENTI DEL CONSENSO INFORMATO DELLA PERSONA
CAPACE (FASI)



Per tutte le fasi del processo è opportuno adottare strategie organizzative per garantire una comunicazione efficace con l'assistito, che tenga conto degli aspetti sociale, culturali, religiosi e linguistici anche per il tramite di mediatori linguistico/culturali, il coinvolgimento deve essere registrato.

Il colloquio informativo

E' necessario che il colloquio sia condotto utilizzando uno stile di comunicazione adeguato alla capacità di comprensione della persona assistita, evitando tecnicismi ed in assoluta riservatezza. La persona assistita potrà revocare in qualsiasi momento la decisione di non essere informato: per condizioni, trattamento prospettive ed eventuale rifiuto.

La sottoscrizione

A seguito dell'avvenuta informativa, la persona assistita (o rappresentante legale o persona delegata) deve sottoscrivere il modulo di consenso, per i casi in cui sia espressamente previsto, apponendovi la propria firma ed esplicitando se acconsente o rifiuta il trattamento



proposto.

La revoca

In qualunque momento del processo di cura la persona assistita (o chi lo rappresenta legalmente) può revocare il proprio consenso.

4.3 CONSENSO INFORMATO PERSONA INCAPACE

Nel caso di persona incapace per la quale siano stati emessi provvedimenti giudiziari di interdizione/inabilitazione/amministrazione di sostegno con poteri di rappresentanza in tema di salute, il consenso sarà espresso, sentito comunque l'interessato, da:

- TUTORE per le persone interdette;
- CURATORE per le persone inabilite (il consenso è espresso congiuntamente dall'inabilitato e dal curatore);
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO per le persone beneficiarie di un'amministrazione di sostegno in cui il decreto ha attribuito all'amministratore poteri di rappresentanza in tema di scelte di salute:
 - a. nel caso in cui sia prevista una rappresentanza esclusiva per le necessità di salute, il consenso è espresso solo dall'amministratore di sostegno, tenendo conto della volontà della persona interessata;

nel caso in cui sia prevista un'assistenza per le necessità di salute, il consenso sarà espresso

Nel caso in cui il rappresentante legale della persona assistita incapace di agire rifiuti o revochi le cure proposte (trattamenti e/o accertamenti; vedi *Allegato 3B – Revoca del consenso informato PERSONA INCAPACE*), ritenute appropriate e necessarie dal medico, in assenza di DAT, qualora le condizioni di salute consentano la differibilità del trattamento, il medico segnala attraverso apposita istanza di ricorso l'opposizione o la revoca al Giudice Tutelare a cui è rimessa la decisione. Altrimenti, laddove i trattamenti siano ritenuti non differibili, procede comunque tempestivamente alle cure indispensabili.

4.4. IL CONSENSO INFORMATO DELLA PERSONA MINORE

Nel caso di una persona assistita minore di età, il consenso non può provenire dal titolare del benessere (il minore), ma va richiesto a chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela. Il grado di coinvolgimento della persona assistita minore dipende dall'età, dal grado di maturità e abilità a comprendere, dal tipo di patologia e dal trattamento medico. La responsabilità genitoriale viene esercitata in modo congiunto da entrambi i genitori e non cessa anche quando a seguito di scioglimento, annullamento, separazione, o cessazione degli effetti civili del matrimonio, il minore sia stato affidato ad uno di essi, a meno di provvedimenti specifici del Tribunale, che può sospendere o limitare tale responsabilità genitoriale: in questo caso i genitori perdono il diritto della gestione della salute dei figli, che viene affidata ad un Tutore nominato dal giudice. In caso di genitori privati entrambi della responsabilità genitoriale con provvedimento giudiziario o di



genitori deceduti, il consenso dovrà essere espresso dal rappresentante legale. Sebbene la firma di entrambi i genitori sia auspicabile, in caso di lontananza, incapacità o generico impedimento di uno dei due genitori alla sottoscrizione del consenso, provvederà il genitore presente in quel momento, attestando che l'assenza dell'altro genitore è dovuta ad una delle circostanze predette e in ogni caso attestando formalmente sotto la propria responsabilità che non vi sia una presunta preclusione al trattamento da parte dell'altro genitore.


Il Centro Nemo, che eroga prestazioni sanitarie, non ha alcun titolo per dirimere eventuali posizioni di disaccordo che dovessero nascere tra i due genitori.

CHI PUO' ESPRIMERE IL CONSENSO INFORMATO

1. Le persone maggiorenni capaci di agire possono esprimere validamente il consenso.
2. Per i minorenni il consenso è espresso da chi esercita la responsabilità genitoriale o dal tutore, tenendo conto della volontà del minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità.
3. Nel caso di persona interdetta il consenso è espresso dal "tutore", sentito l'interdetto ove possibile. Il tutore all'atto della sottoscrizione, oltre a fornire le generalità produrrà gli estremi del decreto di nomina.
4. Nel caso di persona inabilitata il consenso è espresso congiuntamente dall'inabilitato e dal "curatore" che all'atto della sottoscrizione, oltre a fornire le generalità produrrà gli estremi del decreto di nomina.
5. Nel caso di persona incapace di agire, qualora sia beneficiaria di un provvedimento di Amministrazione di Sostegno con poteri di rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso sarà espresso dall'Amministratore di sostegno e la persona assistita e rappresentata da quest'ultimo deve comunque essere sentita "ove possibile".
6. Nel caso di persona beneficiaria di un provvedimento di Amministrazione di sostegno, purché il
nominato Amministratore di sostegno abbia solo poteri di assistenza in ambito sanitario e non di rappresentanza esclusiva, il consenso informato andrà acquisito da entrambi.
7. I familiari o la persona incaricata di ricevere le informazioni e di esprimere il consenso informato in vece della persona assistita.

4.5. IL CONSENSO INFORMATO DURANTE UN'EMERGENZA PANDEMICA

L'acquisizione del consenso informato non è derogabile neanche in contesti di emergenza legata alla diffusione epidemica di malattie infettive nella popolazione generale, come quella da SARS-CoV-2 attualmente in corso. Anche la persona assistita con COVID 19, nel suo percorso di cura, deve sottoscrivere il consenso ai trattamenti

	PROCEDURA CONSENSO INFORMATO	PG 8.1K Ediz. 1 Rev. 0 Data 01 MARZO 23
		Pag. 8 / 9

terapeutici cui viene sottoposto, e anche in questo caso dovrà essere preventivamente fornita l'adeguata informazione in merito al trattamento proposto.

5. BIBLIOGRAFIA

1. Codice Penale. REGIO DECRETO 19 ottobre 1930, n. 1398, Approvazione del testo definitivo del Codice Penale (030U1398) e ss.mm.ii. (GU n.251 del 26-10-1930).
2. Codice Civile. REGIO DECRETO 16 marzo 1942, n. 262, Approvazione del testo del Codice civile (042U0262) e ss.mm.ii. (GU n.79 del 4-4-1942).
3. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (2019). FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE.
4. Codice di Deontologia Medica (2014). FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI.
5. Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. (18G00006) (GU Serie Generale n.12 del 16-01-2018).
6. GDPR – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.
7. Manuale “Gli standard Joint Commission International per l’accreditamento degli ospedali”, 7a Edizione 2020.
8. Legge 05 giugno 1990, n. 135. Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l’AIDS (G.U. Serie Generale n. 132 del 08 giugno 1990).
9. Decreto del Ministero della Salute 3 marzo 2005. Protocolli per l’accertamento della idoneità del donatore di sangue e di emocomponenti. (GU Serie Generale n.85 del 13-04-2005).
10. Legge 19 febbraio 2004, n. 40. Norme in materia di procreazione medicalmente assistita (GU n. 45 del 24 febbraio 2004).
11. Accordo del 15 luglio 2004 tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: «Linee-guida per le attività di genetica medica». (Accordo ai sensi dell’art. 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281). (GU Serie Generale n.224 del 23-09-2004).
12. Legge 8 aprile 1998, n. 94. “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, recante disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria” e ss.mm.ii. (GU n. 86 del 14 aprile 1998).
13. Foti F, Vetrugno G, De-Giorgio F, Cicconi M. Consent for elective surgery: audiovisual devices could be used. *BMJ*. 2020 Aug 12;370:m3158. doi: 10.1136/bmj.m3158. PMID: 32788196.



**PROCEDURA
CONSENSO INFORMATO**

PG 8.1K
Ediz. 1 Rev. 0
Data 01 MARZO 23

Pag. 9 / 9

14. AA.VV. Focus “Riflessioni interdisciplinari sulla Legge n. 219/2017”. Riv It Med Leg, 2018; 3: 931-993.
15. Legge 9 gennaio 2004 n. 6. Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all’istituzione dell’amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizione e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali (GU n. 14 del 19 gennaio 2004).
16. Legge 23 dicembre 1996 n. 648. “Conversione in legge del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, recante misure per il contenimento della spesa farmaceutica e la rideterminazione del tetto di spesa per l’anno 1996” (GU n. 300 del 23 dicembre 1996).
17. D.M. 11 febbraio 1997. Modalità di importazione di specialità medicinali registrate all’estero (GU n. 72 del 27 marzo 1997).
18. D.M. 7 settembre 2017. Disciplina dell’uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica (GU n. 256 del 2 novembre 2017)
19. DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 3 agosto 2007, n. 636. (Supplemento ordinario n. 1 al BURL n. 29 del 20-10-2007).
20. Legge Regionale 10 agosto 2010, n. 3 Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio. (BURL n. 31. 31.08.2010).

Ministero dell’Interno. Dipartimento per gli affari interni e te



CONSENSO INFORMATO GENERALE ALLE CURE

Io sottoscritto/a
(Nome e Cognome)

Nato/a a

Il
(GG/MM/AAAA)

Documento d'identità

n.

del

In qualità di:

- Diretto interessato
 Rappresentante legale del/la sig./ra:

DICHIARO LIBERAMENTE E IN PIENA CONSAPEVOLEZZA:

- DI VOLER ESSERE INFORMATO sulle condizioni di salute e sui trattamenti riabilitativi
 DI NON VOLER ESSERE INFORMATO sulle condizioni di salute e sui trattamenti riabilitativi, affidandomi totalmente alle competenze dell'equipe coordinata dal/la dott./dott.ssa _____ e quindi accettando le cure che l'equipe riterrà complessivamente di dover disporre;
 DI AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni alle persone di seguito riportate:

Nome e Cognome

Documento

Nome e Cognome

Documento

- DI NON AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni ad altre persone.

DICHIARO INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA DEL FATTO CHE:

- sono inserito in un percorso riabilitativo presso il **CENTRO NEMO**
- il motivo del percorso riabilitativo è legato alla necessità di seguire un percorso riabilitativo della seguente patologia: _____
- il medico referente per il mio percorso riabilitativo è il/la dott./dott.ssa: _____;
- il coordinatore del Centro è il/la dott./dott.ssa: _____;
- Il medico referente ed il coordinatore, sono disponibili ad orari stabiliti a fornire tutti i chiarimenti sull'andamento della riabilitazione al sottoscritto, nonché ai soli familiari e conoscenti da me espressamente delegati/autorizzati;
- la visita medica è un momento diagnostico-terapeutico fondamentale per la presa in carico riabilitativa
- l'anamnesi è il racconto della mia malattia, dei miei sintomi/disturbi e di tutti i fatti di rilevanza medica della mia vita, anche di quelli lontani nel tempo e che però possono risultare importanti per la comprensione del quadro; l'anamnesi è completa se c'è piena disponibilità da parte mia a fornire tutte le informazioni; un'anamnesi completa può rappresentare la chiave per la corretta presa in carico nel progetto terapeutico.
- durante il percorso riabilitativo potrò essere sottoposto ai seguenti accertamenti e trattamenti di routine applicazione:
 - visita medica (con ispezione corporale, percussione, palpazione ed auscultazione), condotta anche con l'ausilio di strumenti diagnostici (elettrocardiografo, ecc.);
 - tamponi;
 - rilevazione dei parametri vitali (pressione, temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria);
 - terapia farmacologica somministrata secondo prescrizione medica;



- è importante che comunichi ai medici notizie relative ai farmaci che assumo abitualmente anche se si tratta soltanto di lassativi, antidolorifici o sciroppi per la tosse, allo scopo di rendere possibile la riconciliazione terapeutica in corso di permanenza presso il Centro Nemo
- è in ogni caso imprescindibile che aderisca alle prescrizioni igienico-comportamentali impartite dagli operatori, o di cadute accidentali;
- tutte le informazioni che trasmetterò ai medici e terapisti e tutti i dati che il personale di assistenza ricaveranno dagli accertamenti e dai trattamenti che saranno eseguiti sulla mia persona sono riservati e coperti dal segreto professionale; potranno essere utilizzati per eventuali scopi di ricerca e studio, anche con finalità di pubblicazione su riviste scientifiche, ma solo nel rispetto della anonimizzazione;
- le attività di assistenza e riabilitazione possono essere effettuate anche da personale medico specialista in formazione (cd. medico specializzando, terapeuta), con graduale acquisizione di autonomia, ma con riporto a medico o terapeuta con funzione di tutor;
- durante il percorso riabilitativo, potrò essere sottoposto ad accertamenti e cure alla presenza di tirocinanti

Dichiaro inoltre di aver compreso le informazioni che mi sono state date e di essere stato/a informato/a della possibilità di rivolgere, in ogni momento, ulteriori domande di chiarimento al medico referente come pure di ricevere comunicazioni tempestive di eventuali variazioni del programma terapeutico routinario.

Io stesso/a, in qualsiasi momento potrò decidere di interrompere, se tecnicamente possibile, i trattamenti/atti ordinari propostimi, senza pregiudicare il rapporto con l'equipe di cura e assistenza.

AVENDO COMPRESO CHIARAMENTE QUANTO MI È STATO ILLUSTRATO, VOLONTARIAMENTE:

- ACCONSENTO a sottopormi al trattamento riabilitativo ed alle indicazioni sopra dette;
- NON ACCONSENTO a sottopormi al trattamento riabilitativo ed alle indicazioni sopra dette.

Firma della persona assistita	
Firma del medico	

NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	

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 estremi documento med. culturale		Firma	
Data e ora di acquisizione del consenso			



MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO

(L. 22 dicembre 2017 n. 219)

PERSONA CAPACE

Gentile Signore/Signora
(Nome e Cognome)

Si è rivolto/a a questa struttura
(denominazione della struttura sanitaria/socio-
sanitaria/ambulatorio o studio privato)

per sottoporsi Al trattamento riabilitativo. Per questo motivo è necessario fornirLe ogni informazione utile per decidere se acconsentire al percorso di cura proposto. Tale percorso potrà essere iniziato solo dopo che ne abbia 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 si sta affidando, avuto riguardo di quanto ci ha riferito circa le sue convinzioni ed orientamenti sulle scelte in tema di cure.

Ove non volesse ricevere tutte o in parte le informazioni sul suo stato di salute e su quanto connesso al trattamento riabilitativo, può indicare una persona idonea a riceverle oppure decidere di non ricevere ulteriori informazioni.

E' importante che Lei o chi per Lei titolato sottoscriva il presente modulo di consenso informato a conclusione del colloquio 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 del trattamento riabilitativo, nonché riguardo alle possibili alternative ed alle conseguenze di un eventuale rifiuto.

Le informazioni che Le sono state fornite durante il colloquio hanno l'obiettivo di metterla in condizione di orientarsi circa:

- la facoltà di acquisire, eventualmente, ulteriori pareri di sanitari di sua fiducia;
- la facoltà di scegliere un'altra struttura sanitaria che le offra opzioni e condizioni diverse del trattamento proposto;
- il diritto di rifiutare, con consapevolezza delle conseguenze, o di decidere di interrompere il trattamento;
- le normali sequele anatomiche e funzionali relative al trattamento 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.



Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)					
Nato/a a		Il (GG/MM/AAAA)		_/_/____	
Documento d'identità		n.		del	_/_/____
Con riferimento al colloquio con: (Nome e Cognome dell'operatore)					
Alla presenza di: (Nome e Cognome degli operatori che partecipano al colloquio)					
Effettuato il (data e ora)		Relativamente al seguente atto sanitario proposto:			
DICHIARO CHE:					
<ul style="list-style-type: none">• ho ricevuto informazioni chiare e complete sulle mie condizioni cliniche, sul trattamento proposto, i suoi potenziali benefici, eventuali rischi e complicanze, nonché sulle alternative riabilitative;• ho avuto la possibilità di riflettere sul trattamento proposto;• sono stato informato sulle possibili complicanze, anche di natura infettiva, connesse all'accesso e permanenza all'interno del Centro Nemo;• sono stato informato che ho la facoltà di rifiutare il trattamento riabilitativo correlato alla mia patologia.					
DICHIARO INOLTRE CHE:					
Ho un medico di famiglia/di fiducia:		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì è il/la Dott./Dott.ssa:			
Il mio medico di famiglia/fiducia è al corrente del motivo del ricovero:				<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	
Il mio medico di famiglia/fiducia mi ha fornito informazioni sul trattamento da eseguire:				<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	



DICHIARO CHE QUALSIASI INFORMAZIONE SUL MIO STATO CLINICO VENGA COMUNICATA A:

- ME STESSO
 ALLE PERSONE DI SEGUITO RIPORTATE

Nome e Cognome		Documento	
Nome e Cognome		Documento	

- NESSUNO. Non voglio ricevere informazioni e non voglio che nessun altro le riceva al posto mio.

SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO – PERSONA CAPACE

Io sottoscritto/a
(Nome e Cognome)

- DELEGO quale familiare o persona di mia fiducia incaricata di esprimere il consenso in mia vece il/la sig./sig.ra _____
(Compilare la sezione DELEGA ALLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO – PERSONA CAPACE)
- ACCETTO quindi, liberamente e spontaneamente, preso atto della situazione illustrata, il trattamento che mi è stato proposto e i cui dettagli sono stati illustrati nel colloquio informativo;
- ACCETTO quindi, liberamente e spontaneamente, di sottopormi ai trattamenti proposti dal medico/equipe, dei quali non intendo prendere visione né essere informato (cosiddetto ASSENSO DIMIDIATO);
- NON ACCETTO, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto delle cure che può comportare anche (specificare): _____
- DICHIARO inoltre di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento.

Firma della persona assistita

Firma del medico

Firma degli operatori presenti

NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA ABBA DELEGATO TERZI ALLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO

Firma della persona delegata ed estremi del documento

NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	

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 estremi documento mediatore culturale		Firma	
Data e ora di acquisizione del consenso			



SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE
NEMO ONLUS

Allegato 2
Doc 8.1 KC

SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO ESPRESSO DAL DELEGATO – PERSONA CAPACE

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)					
Nato/a a:		Il (GG/MM/AAAA)	_/_/____		
Documento d'identità		n.		del	_/_/____
In qualità di DELEGATO del sig./sig.ra					
<input type="checkbox"/> ACCETTO liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, preso atto della situazione illustrata, il trattamento che mi è stato proposto e i cui dettagli sono riportati nell'informativa specifica allegata;					
<input type="checkbox"/> NON ACCETTO, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto delle cure che può comportare anche (specificare):					
<input type="checkbox"/> DICHIARO inoltre di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento.					
Firma del delegato					
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 estremi documento mediatore culturale				Firma	
Data e ora					



SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE
NEMO ONLUS

Allegato 2
Doc 8.1 KC

REVOCA DEL CONSENSO – PERSONA CAPACE			
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
IN QUALITÀ DI:			
<input type="checkbox"/> INTERESSATO			
<input type="checkbox"/> DELEGATO			
INFORMATO			
dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto delle cure che può condurre fino a (specificare):			
IN RELAZIONE AL CONSENSO			
Sottoscritto il (data)		Relativamente al seguente atto sanitario proposto:	
DICHIARO			
LIBERAMENTE, SPONTANEAMENTE E IN PIENA COSCIENZA DI VOLER			
<input type="checkbox"/> REVOCARRE IL CONSENSO			
Firma del dichiarante			
Firma del medico			
Firma degli operatori presenti			
NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	
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 estremi documento mediatore culturale		Firma	
Data e ora			



MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO

(L. 22 dicembre 2017 n. 219)

PERSONA INCAPACE

NB: la persona assistita in amministrazione di sostegno **SENZA** poteri di assistenza o rappresentanza in ambito sanitario, deve compilare il consenso per persona capace.

Gentile Signore/Signora
(Nome e Cognome)

Si è rivolto/a a questa struttura
(denominazione della struttura sanitaria/socio-
sanitaria/ambulatorio o studio privato)

per sottoporsi Al trattamento riabilitativo. Per questo motivo è necessario fornirLe ogni informazione utile per decidere se acconsentire al percorso di cura proposto. Tale percorso potrà essere iniziato solo dopo che ne abbia 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 si sta affidando, avuto riguardo di quanto ci ha riferito circa le sue convinzioni ed orientamenti sulle scelte in tema di cure.

Ove non volesse ricevere tutte o in parte le informazioni sul suo stato di salute e su quanto connesso al trattamento riabilitativo, può indicare una persona idonea a riceverle oppure decidere di non ricevere ulteriori informazioni.

E' importante che Lei o chi per Lei titolato sottoscriva il presente modulo di consenso informato a conclusione del colloquio 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 del trattamento riabilitativo, nonché riguardo alle possibili alternative ed alle conseguenze di un eventuale rifiuto.

Le informazioni che Le sono state fornite durante il colloquio hanno l'obiettivo di metterla in condizione di orientarsi circa:

- la facoltà di acquisire, eventualmente, ulteriori pareri di sanitari di sua fiducia;
- la facoltà di scegliere un'altra struttura sanitaria che le offra opzioni e condizioni diverse del trattamento proposto;
- il diritto di rifiutare, con consapevolezza delle conseguenze, o di decidere di interrompere il trattamento;
- le normali sequele anatomiche e funzionali relative al trattamento 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.



Io sottoscritto/a

(Nome e Cognome)

Nato/a a

(GG/MM/AAAA)

Documento d'identità

n.

del

**Impossibilitato a
rispondere?**

NO

SÌ (specificare il motivo):

E io sottoscritto/a

(Nome e Cognome)

Nato/a a

(GG/MM/AAAA)

Documento d'identità

n.

del

In qualità di

Tutore (n. decreto: _____)

Curatore (n. decreto: _____)

Amministratore di sostegno con poteri di ASSISTENZA in ambito sanitario (n. decreto: _____)

Amministratore di sostegno con poteri di RAPPRESENTANZA ESCLUSIVA in ambito sanitario (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:

DICHIARO CHE

- ho ricevuto informazioni chiare e complete sulle mie condizioni cliniche, 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;
- sono stato informato sulle possibili complicanze, anche di natura infettiva, RIGUARDANTI LA PERMANENZA PRESSO IL Centro Nemo;
- sono stato informato che ho la facoltà di rifiutare il trattamento sanitario correlato alla mia patologia ho capito che tale rifiuto potrebbe comportare delle conseguenze per il mio stato di salute.

**DICHIARO INOLTRE CHE IL SOGGETTO INCAPACE DI AGIRE:**

Ha un medico di famiglia/di fiducia:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì è il/la Dott./Dott.ssa:
Il medico di famiglia/fiducia è al corrente del motivo del ricovero:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
Il medico di famiglia/fiducia mi ha fornito informazioni sul trattamento da eseguire:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì

SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO – PERSONA INCAPACE

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome dell'Amministratore di sostegno)	
In qualità di	<input type="checkbox"/> Tutore (n. decreto: _____) <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno con poteri di ASSISTENZA in ambito sanitario (n. decreto: _____) <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno con poteri di RAPPRESENTANZA ESCLUSIVA in ambito sanitario (n. decreto: _____) <input type="checkbox"/> Curatore (n. decreto: _____)
<input type="checkbox"/> ACCETTO quindi, liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, preso atto della situazione illustrata, il trattamento riabilitativo; <input type="checkbox"/> NON ACCETTO, anche dopo supporto psicologico, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto delle cure che può comportare anche (specificare): 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. <input type="checkbox"/> DICHIARO inoltre di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento.	

Firma della persona assistita	
Firma dell'Amministratore di sostegno/Tutore/Curatore	
Firma del medico	
Firma degli operatori presenti	

NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	

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 estremi documento mediatore culturale		Firma	
Data e ora di acquisizione del consenso			



REVOCA DEL CONSENSO – PERSONA INCAPACE

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
IN QUALITÀ DI:			
<input type="checkbox"/> Tutore (n. decreto: _____)			
<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno con poteri di ASSISTENZA in ambito sanitario (n. decreto: _____)			
<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno con poteri di RAPPRESENTANZA ESCLUSIVA in ambito sanitario (n. decreto: _____)			
<input type="checkbox"/> Curatore (n. decreto: _____)			
Della persona assistita (Nome e Cognome)			
INFORMATO			
<input type="checkbox"/> dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto delle cure che può condurre fino a (specificare):			
<input type="checkbox"/> 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,			
IN RELAZIONE AL CONSENSO			
Sottoscritto il (data)		Relativamente al seguente atto sanitario proposto:	
DICHIARO			
LIBERAMENTE, SPONTANEAMENTE E IN PIENA COSCIENZA DI VOLER			
<input type="checkbox"/> REVOCARRE IL CONSENSO			
Firma della persona assistita			
Firma del dichiarante			
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 estremi documento mediatore culturale		Firma	
Data e ora			



**MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO
RIABILITATIVO**
(L. 22 dicembre 2017 n. 219)
PERSONA MINORE

**Gentile Signora e
Signore**
(Nome e Cognome)

Vi siete rivolti a questa struttura

CENTRO NEMO ONLUS

per sottoporre vostro/a figlio/a trattamento riabilitativo. Per questo motivo è necessario fornirvi ogni informazione utile per decidere se acconsentire al percorso di 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 il trattamento riabilitativo è importante che sottoscriviate il presente modulo di consenso informato a conclusione del colloquio 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 dei trattamenti riabilitativi proposti, nonché riguardo alle possibili alternative ed alle conseguenze di un eventuale rifiuto.

Le informazioni che sono state fornite durante il colloquio hanno l'obiettivo di mettervi in condizione di orientarsi circa:

- la facoltà di acquisire, eventualmente, ulteriori pareri di sanitari di sua fiducia;
- la facoltà di scegliere un'altra struttura sanitaria che le offra opzioni e condizioni diverse del trattamento proposto;
- il diritto di rifiutare, con consapevolezza delle conseguenze, o di decidere di interrompere il trattamento;
- le normali sequele anatomiche e funzionali relative al trattamento 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		II (GG/MM/AAAA)	__/__/__
Documento d'identità		n.	del __/__/__
ESERCENTI LA POTESTÀ GENITORIALE			
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
Nato/a a		II (GG/MM/AAAA)	__/__/__
Documento d'identità		n.	del __/__/__
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
Nato/a a		II (GG/MM/AAAA)	__/__/__
Documento d'identità		n.	del __/__/__
TUTORE/CURATORE			
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
Nato/a a		II (GG/MM/AAAA)	__/__/__
Documento d'identità		n.	del __/__/__
In qualità di TUTORE/CURATORE	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:	
DICHIARO/DICHIARIAMO CHE			
<ul style="list-style-type: none">• 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;• ho avuto la possibilità di riflettere sul trattamento proposto;• sono stato informato sulle possibili complicanze, anche di natura infettiva connesse alla presenza presso il Centro Nemo, alla loro incidenza anche in rapporto alle condizioni specifiche della singola persona assistita;• sono stato informato che ho la facoltà di rifiutare il trattamento riabilitativo correlato alla patologia del minore ho capito che tale rifiuto potrebbe comportare la chiusura del progetto.			



DICHIARO/DICHIARIAMO INOLTRE CHE IL MINORE:

Ha un pediatra di libera scelta/di fiducia:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ è il/la Dott./Dott.ssa: _____
Il pediatra di libera scelta /fiducia è al corrente del motivo del ricovero:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
Il pediatra di libera scelta /fiducia ha fornito informazioni sul trattamento da eseguire:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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	n. decreto: _____	
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
<input type="checkbox"/> ACCETTO quindi, liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, preso atto della situazione illustrata, il trattamento proposto;		
<input type="checkbox"/> NON ACCETTO, ben consapevole dei rischi che può comportare il rifiuto al trattamento riabilitativo 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		
<input type="checkbox"/> DICHIARO inoltre di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento.		
Firma del Tutore		
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 estremi documento mediatore culturale		Firma
Data e ora di acquisizione del consenso		



REVOCA 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 esercente la potestà genitoriale
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)		In qualità di esercente la potestà genitoriale
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)		
In qualità di TUTORE/CURATORE	n. decreto: _____	
INFORMATO		
<input type="checkbox"/> dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto delle cure che può condurre fino a (specificare):		
<input type="checkbox"/> 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,		
IN RELAZIONE AL CONSENSO		
Sottoscritto il (data)		Relativamente al seguente atto sanitario proposto:
DICHIARO		
LIBERAMENTE, SPONTANEAMENTE E IN PIENA COSCIENZA DI VOLER		
<input type="checkbox"/> REVOCARRE IL CONSENSO		
Firma del Tutore		
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 estremi documento mediatore culturale		Firma
Data e ora di acquisizione del consenso		