

## CONSENSO AL TRATTAMENTO PROPOSTO

Io sottoscritto/a .....,  
avendo ricevuto informazioni dal dott. Mario Menna  
relative alle mie condizioni cliniche, ai trattamenti indicati per la mia, ai benefici attesi ed ai rischi di  
complicanze, anche mediante una informativa scritta consegnatami durante il colloquio avvenuto in  
data ..... consapevole che l'intervento potrebbe essere eseguito da un medico di questa  
U.O. diverso da quello che mi ha visitato ed informato, ma con adeguata competenza per l'intervento  
proposto, dopo avere avuto il tempo necessario per valutare e comprendere quanto illustrato dai medici  
della equipe chirurgica, avendogli rivolto tutte le domande di chiarimento di cui necessitavo, conscio  
di potere in qualsiasi momento revocare il consenso espresso

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

ad eseguire il trattamento chirurgico di .....

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_

### CONSENSO ESPRESSO DA GENITORI DI PAZIENTE MINORE

L'espressione del consenso qui indicata  corrisponde  non corrisponde alla volontà del  
paziente minore, che è stato informato secondo le sue capacità di comprensione.

Cognome e nome (genitore/i)

\_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro che il genitore non presente  
è d'accordo con l'espressione del consenso da me fornita

Firma del/i genitore/i presente/i

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CONSENSO ESPRESSO DA  TUTORE  AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

L'espressione del consenso qui indicata  corrisponde  non corrisponde alla volontà del paziente, che è stato informato secondo le sue capacità di comprensione.

Cognome e nome (tutore / AdS)

\_\_\_\_\_  
Firma del tutore/AdS

**CONSENSO ESPRESSO DA FIDUCIARIO**

Fiduciario nominato da paziente mediante atto di Disposizioni Anticipate di Trattamento (ai sensi della Legge 219/2017), essendo il paziente nella attuale incapacità di autodeterminarsi

Cognome e nome (fiduciario)

\_\_\_\_\_  
Firma del fiduciario

**CONSENSO ESPRESSO DA INCARICATO DEL PAZIENTE**

A seguito di indicazione scritta da parte del paziente che ha manifestato la volontà di delegare altri a ricevere informazioni ed esprimere il consenso (ai sensi della Legge 219/2017)

Cognome e nome (incaricato) \_\_\_\_\_

Firma dell'incaricato \_\_\_\_\_

**MEDIATORE CULTURALE**

Cognome e nome (mediatore)

\_\_\_\_\_  
Firma del mediatore \_\_\_\_\_

**TESTIMONE**

In presenza di paziente non in grado di sottoscrivere il consenso, attesto che egli/ella ha compreso quanto riferitogli ed in mia presenza ha manifestato la volontà sopra indicata

Cognome e nome (testimone)

\_\_\_\_\_  
Firma del testimone

Medico che acquisisce il consenso

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_