



**A.S.L. VC**

Azienda Sanitaria Locale  
di Vercelli

## CONSENSO INFORMATO AI TRATTAMENTI SANITARI

Consenso informato trattamenti  
sanitari (DM.MO.0044.02)

Pagina 1 di 2

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*in qualità di legale rappresentante di (\* compilare in caso di paziente minore, interdetto o temporaneamente incapace di intendere e volere ove sia stato nominato un curatore speciale): \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

sono stato informato dal dott. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

in presenza dei seguenti testimoni (se presenti e opportuni):

\_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

\_\_\_\_\_  
(qualifica del testimone del paziente)

\_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

\_\_\_\_\_  
(qualifica del testimone del medico)

che, per l'attuale diagnosi/ ipotesi diagnostica di: \_\_\_\_\_

è stata posta l'indicazione all'esecuzione di (denominazione procedura): \_\_\_\_\_

sito/lato dell'intervento (se applicabile) \_\_\_\_\_

A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni (barrare l'opzione confacente):

verbali

verbali e come da modulistica allegata

riguardanti:

- i benefici attesi, le probabilità di successo del trattamento, i possibili problemi di recupero e le complicanze ragionevolmente prevedibili;
- le alternative alla procedura prospettata;
- le eventuali esigenze di anestesia o sedazione;
- il diritto di rifiutare o sospendere in qualunque momento il trattamento e le conseguenze derivanti da questa scelta

### E QUINDI, IN PIENA COSCIENZA

**acconsento all'esecuzione della prestazione sopra indicata**      **si**     **no**

data: \_\_\_\_\_ Firma del paziente/legale rappresentante \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico che acquisisce la volontà \_\_\_\_\_

### CONSENSO INFORMATO ALLE TRASFUSIONI

Sono stato inoltre informato dal dr. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ che potrebbe essere necessario ricevere **trasfusioni omologhe di sangue e/o emocomponenti** (plasma fresco congelato, concentrati piastrinici) e/o emoderivati e che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione di virus HIV, dell'epatite, ecc.). Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato, sia in ordine alle condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla trasfusione, come a quelli che potrebbero derivare se la trasfusione non venisse effettuata, e le eventuali alternative (autotrasfusione ed emodiluizione) con relativi vantaggi e rischi.

**Pertanto acconsento**    **si**     **no**     che il trattamento trasfusionale necessario sia effettuato per tutto il decorso del ricovero.

data: \_\_\_\_\_ Firma del paziente/legale rappresentante \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico che acquisisce la volontà \_\_\_\_\_

## REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

a partire dalle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta, revoco il consenso (barrare l'opzione di interesse):

alla precitata procedura

alla terapia trasfusionale con \_\_\_\_\_

data: \_\_\_\_\_ Firma del paziente/legale rappresentante \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_