

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODULO CONSENSO AD ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO (MDC) (SOTTOSCRIZIONE - DINIEGO - REVOCA) (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	

SOTTOSCRIZIONE – DINIEGO - REVOCA ALL'USO DEL MEZZO DI CONTRASTO	
<u>Reparto/Servizio:</u>	<u>Prestazione diagnostico/interventistica:</u>
<u>Diretto interessato</u>	<u>Genitori (*)</u>
Il sottoscritto Sig./Sig.ra: _____ nato/a a _____ in data ____/____/_____ resid.te/dom.to in _____ (____) via/p.zza _____ N. ____ tel. _____ n. cell _____ e-mail _____@_____	Per il paziente _____ I sottoscritti genitori: (1) _____ nato/a a _____ in data ____/____/_____ resid.te/dom.to in _____ (____) via/p.zza _____ N. __ tel. _____ e-mail _____@_____
(*) In caso di genitori separati o nei casi in cui sia presente un solo genitore (l'affidatario in caso di separazione) si dichiara di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore (se assente) il/la quale, impossibilitato/a a presenziare nella giornata odierna, è stato/a dal/la sottoscritto/a personalmente informato/a della necessità di esecuzione della procedura ed ha esplicitato il proprio assenso.	
(2) _____ nato/a a _____ in data ____/____/_____ resid.te/dom.to in _____ (____), via/p.zza _____ N. __ tel. _____ e-mail _____@_____	
<u>In caso di incapacità dei pazienti: totale e/o parziale, permanente e/o momentanea</u> (barrare con una X)	
Curatore _____ Tutore _____ Amministratore di sostegno _____ Rappresentante legale _____ Per il paziente _____ Il sottoscritto _____ nato/a a _____ in data ____/____/_____ (C.F.: _____ resid.te/dom.to in _____ (____), via/p.zza _____ n. _____ n. tel. _____ e-mail _____@_____	
MEZZO DI CONTRASTO UTILIZZATO: _____ Somministrato per via: <input type="checkbox"/> ENDOVENOSA <input type="checkbox"/> ENDOARTERIOSA <input type="checkbox"/> ENDOCAVITARIA <input type="checkbox"/> ORALE ALLERGIA ACCERTATA A MEZZO DI CONTRASTO (MDC): <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI QUALE/I _____ STATO DI GRAVIDANZA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODULO CONSENSO AD ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO (MDC) (SOTTOSCRIZIONE - DINIEGO - REVOCA) (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	

<input type="checkbox"/> ACCETTO l'indagine proposta e l'uso del mezzo di contrasto. Quindi, accetto 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 e nel foglio informativo eventualmente fornito;			
<input type="checkbox"/> ACCETTO l'indagine proposta ma RIFIUTO l'uso del mezzo di contrasto;			
<input type="checkbox"/> NON ACCETTO , l'indagine proposta, 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.			
Firma della persona assistita / genitori / tutore legale			
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			
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			
INFORMATO dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto delle cure che può condurre fino a (specificare):			