

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	RICEVUTA DI AVVENUTA CONSEGNA DELL'INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO/ATTO SANITARIO (L. 22 dicembre 2017 n. 219) (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	ALLEGATO 2 P/110/01/2023

Reparto/Servizio:	Trattamento:
Gentile Signore/Signora (Nome e Cognome)	
<p>Si è rivolta a questa struttura per sottoporsi ad esami diagnostici, cure ed assistenza sanitaria. Per questo motivo è necessario fornirLe ogni informazione utile per decidere se acconsentire al percorso di diagnosi e cura proposto. Tale percorso potrà essere iniziato solo dopo che ne abbia compreso i motivi e sottoscritto lo specifico consenso.</p> <p>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.</p> <p>Ove non volesse ricevere tutte o in parte le informazioni sul suo stato di salute e su quanto connesso ai rischi relativi agli accertamenti e alle cure, può indicare una persona idonea a riceverle oppure decidere di non ricevere ulteriori informazioni.</p> <p>Per procedere con gli accertamenti e le cure è importante che Lei o chi per Lei titolato sottoscriva il modulo di consenso informato a conclusione del colloquio informativo, che può essere stato accompagnato dalla fornitura di un foglio 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 degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti sanitari proposti, nonché riguardo alle possibili alternative ed alle conseguenze di un eventuale rifiuto.</p> <p>Le informazioni che Le sono state fornite durante il colloquio ed eventualmente riportate nel foglio informativo hanno l'obiettivo di metterla in condizione di orientarsi circa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la scelta tra le diverse opzioni di trattamento e di assistenza appropriate al suo caso; • 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, gli interventi invasivi o la terapia, e/o di decidere di interromperla; • le normali sequele anatomiche e funzionali da affrontare connesse al trattamento e/o al decorso post-operatorio e 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. <p>Ricevuta dell'avvenuta consegna dell'informativa specifica al paziente in data ____/____/____</p>	

FIRMA	
<input type="checkbox"/>	Diretto interessato _____
<input type="checkbox"/>	Rappresentante legale del/la sig./ra: _____
<input type="checkbox"/>	Genitori o Rappresentante Legale del minore