



Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

"Saverio de Bellis"

Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia

via Turi n°27 - 70013 Castellana Grotte - Bari

C.F. – P.IVA: 00565330727

Ente di diritto pubblico D.M. del 31-3-1982



Dasa-Rägi

EN ISO 9001:2008
IQ-1208-14

DIREZIONE SANITARIA

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Espacio reservado para el uso IRCCS

Cognome e Nome

Nato/a il a

Atto sanitario da effettuare

El/La Suscrito/a o

nacido/a el __/__/____ a

domiciliado a

en calidad de: ☐ directo/a interesado/a ☐ padres ☐ tutor del usuario* ☐ Administrador de apoyo*

DECLARA:

- de haber recibido adecuadas informaciones y de haberlas entendidas ☐ SI ☐ NO
- de haber recibido aclaraciones a todas las preguntas eventualmente hechas ☐ SI ☐ NO
- de conocer las eventuales scelte alternativas ☐ SI ☐ NO
- de conocer las consecuencias derivantes por el rechazo ☐ SI ☐ NO
- de conocer la posibilidad de revocación de la aprobación ☐ SI ☐ NO
- de conocer que la presente aprobación está ya comprensiva de todos los necesarios ciclos terapéuticos, continuativos y no y de profilaxis liadas y consecuentes ☐ SI ☐ NO
- de haber tenido el tiempo necesario para decidir ☐ SI ☐ NO

de **ACEPTAR EL ACTO SANITARIO PROPUESTO** ☐ SI ☐ NO

Fecha Firma

En caso de asenza de uno de los padres: El/la suscrito además, consapevole de las responsabilidades y de las sanciones penales preveidas por el art. 76 del DPR 445/2000 para atestaciones y declaraciones falsas, bajo la propia responsabilidad,

- ☐ declara de haber correctamente informado el otro padre y de haber adquirido el asenso
- ☐ declara de ejecutar por si mismo/a la potestad de padre

Firma del padre

☐ **En caso de Usuario reconocido incapaz:**

***Firma del Tutor/Legal Representante/Administrador de apoyo**

(adjuntar autocertificación del Tutor/ Legale Representante /Administrador de apoyo)

Espacio reservado para el uso IRCCS

Dichiaro di aver raccolto l'anamnesi, di aver fornito informazioni specifiche sull'atto sanitario e di aver precedentemente fornito la relativa scheda informativa in merito a indicazioni, controindicazioni, eventuali effetti secondari/ complicanze, alternative, conseguenze, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale del consenso informato. Dichiaro di aver risposto esaurientemente a tutte le domande rivolte e nel caso di utente straniero, che non comprende la lingua italiana, di aver provveduto a fornire informazioni nella lingua d'origine e/o conosciuta o con intervento di un mediatore/interprete.

Firma e timbro di chi acquisisce il consenso

Firma e timbro di chi ha effettuato l'atto sanitario

El/La Suscrito/a declara de revocar la aprobación así como precedentemente expresado en fecha firma

Data.....Firma e timbro di chi ha acquisito la revoca.....