



# 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

### 知情同意书 (DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO)

Cognome e Nome .....

(姓名)

Nato/a il ..... a .....

(出生于 .....年.....月.....日... 在)

Atto sanitario da effettuare .....

(需要执行的治疗建议)

签字人 .....

出生 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 在 .....

户口登记在 .....

以: ☐ 病患者的身份 ☐ 父母的身份 ☐ 监护人的身份 ☐ 被授权人的身份

声明:

- 获悉了适当的信息并且明白了其中意思 ☐ 是 ☐ 不
- 对所提出的问题都获悉了适当的解释与回答 ☐ 是 ☐ 不
- 知道了关于有另类疗法的选择的存在 ☐ 是 ☐ 不
- 知道了关于在不接受的情况下会有什么后果 ☐ 是 ☐ 不
- 知道了关于有撤回同意书的可能性 ☐ 是 ☐ 不
- 知道了此同意书包含任何信息关于持续的或不持续的治疗周期, ☐ 是 ☐ 不
- 以及有关的和随后的预防措施 ☐ 是 ☐ 不
- 用了足够的时间来做出了决定 ☐ 是 ☐ 不

接受医务人员所提出的治疗建议 ☐ 是 ☐ 不

日期 ..... 签字 .....

在父母二位缺少一位在场的情况下: 本签署人确知按照律法 DPR445/2000 第 76 条条例所规定的责任与刑罚, 如提供虚假的服务与声明, 愿负起有关责任

☐ 声明本签署人已经正确的向另一位家长解释并且获得了他的同意

☐ 声明本签署人要单独执行父母监护权

父母签字 .....

☐ 在被公认为无行为能力的情况下:

\*监护人签名 / 法定代表人 签名/ 被授权人 签名。.....

(附加监护人/法定代表人/被授权人的自我声明)

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 .....

签字人 ..... 声明撤回之前于。。。年。。月。。日所签署的同意书 签字 .....

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