



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-Rägister

EN ISO 9001:2008
IQ-1208-14

DIREZIONE SANITARIA

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Cognome e Nome

Nato/a il **a**

Atto sanitario da effettuare

Le /La Soussigné/é

né/e le __/__/____ à

résidant à

en qualité de: ☐ intéressé/e direct/e ☐ parent ☐ tuteur de l'usager* ☐ Administrateur de soutien*

DECLARE :

- | | |
|---|---|
| - avoir reçu les informations adéquates et les avoir comprises | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| - avoir reçu des réponses à toutes les questions éventuellement posées | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| - être à la connaissance des éventuels choix alternatifs | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| - être à la connaissance des conséquences dérivant d'un refus | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| - être à la connaissance de la possibilité de révoquer le consentement | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| - être à la connaissance que le présent consentement embrasse tous les cycles thérapeutiques nécessaires, continus et non, et de prophylaxies liées et conséquentes | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| - avoir eu le temps nécessaire pour décider | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

ACCEPTER L'ACTE SANITAIRE PROPOSE ☐ OUI ☐ NON

Date Signature

En cas d'absence d'un des parents : Le/la soussigné/e, de plus, conscient/e des responsabilités et des sanctions pénales prévues par l'art. 76 du DPR 445/2000 pour fausses déclarations et attestations, sous la propre responsabilité,

☐ déclare avoir informé correctement l'autre parent et d'en avoir obtenu l'autorisation

☐ déclare exercer seul/e l'autorité parentale

Signature du parent

☐ **En cas d'Usager reconnu incapable :**

.....
***Signature du Tuteur/Représentant Légal/Administrateur de soutien**
(joindre auto-certification du Tuteur/ Représentant Légal /Administrateur de soutien)

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

Le/La Soussigné/e déclare révoquer le consentement ainsi que précédemment exprimé en date signature

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