

	ASST MONZA OSPEDALE DI DESIO U.O.C DI Chirurgia Generale	CONSENSO INFORMATO
--	--	-------------------------------

Foglio informativo per l'atto sanitario : Presidio Ospedaliero: DESIO Unità Operativa: Chirurgia generale

Generalità del paziente:

COGNOME

NOME

NATO A: IL

CONSENSO ALL' INTERVENTO CHIRURGICO

Io sottoscritto/a
chiedo di essere sottoposto/a ad intervento di:

.....
.....

A tale proposito dichiaro che:

Ho avuto modo di discutere in maniera adeguata ed esauriente le caratteristiche dell' intervento in questione con il dott., che ha esposto in termini a me pienamente comprensibili le tecniche attualmente disponibili per l' effettuazione dell' intervento da me desiderato e tutte le alternative terapeutiche, inclusa la possibilità di non sottopormi ad intervento chirurgico e le eventuali conseguenze di quest' ultima opzione.

Ho avuto ampia e dettagliata spiegazione dei rischi correlati agli interventi chirurgici in generale (con particolare riguardo a: infezione, rischio anestesilogico, ematomi, cicatrizzazione patologica) e di quelli specificamente correlati con l' intervento a cui intendo sottopormi.

La lista di questi ultimi include:

1.
2.
3.
4.

Per ognuno dei rischi correlati all' intervento chirurgico mi è stata data spiegazione della frequenza con cui si può verificare e delle eventuali terapie a cui potrei avere necessità di sottopormi per il trattamento delle sopravvenute

Data redazione	Revisione	Data approvazione	Pagina
	00		1 di 4

	ASST MONZA OSPEDALE DI DESIO U.O.C DI Chirurgia Generale	CONSENSO INFORMATO
--	--	-------------------------------

complicanze. Tra queste sono incluse: terapia antibiotica e farmacologica in genere, revisione chirurgica immediata, revisione chirurgica a distanza di tempo.

Mi è stata data ampia spiegazione dei controlli clinici a cui dovrò sottopormi successivamente all' intervento e della loro durata e frequenza nel tempo. Sono consapevole che il mancato rispetto da parte mia delle indicazioni e dei controlli successivi all' intervento potrebbe compromettere il risultato dell' intervento stesso e/o alterarlo imprevedibilmente.

Firma del paziente

Firma del Medico

Acconsento alla costituzione del dossier sanitario elettronico e all'inserimento nel dossier di tutti i dati prodotti d'ora in poi e dei dati precedenti in suo possesso

Firma del paziente

Firma del Medico

Acconsento che i dati clinici, comprese le immagini e i filmati possano essere usate per scopi scientifici e di ricerca all'interno di studi osservazionali retrospettivi e prospettici.

Firma del paziente

Firma del Medico

Le informazioni contenute nel presente foglio informativo sono state oggetto di un colloquio fra il medico proponente/esecutore ed il paziente (ovvero il legale rappresentante).

Il presente modulo informativo atto sanitario è stato consegnato in data

Firma del paziente

Firma del Medico

Data redazione	Revisione	Data approvazione	Pagina
	00		2 di 4

	ASST MONZA OSPEDALE DI DESIO U.O.C DI Chirurgia Generale	CONSENSO INFORMATO
--	--	-------------------------------

Fattori di rischio associati

Indicazione delle condizioni morbose concomitanti che costituiscono fattore di rischio

+	001---139-- MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	140---239-- TUMORI	240---279-- MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, METABOLICHE E DISTURBI IMMUNITARI
	280---289-- MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	290---319-- DISTURBI PSICHICI	320---389-- MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DEI SENSI
	390---459-- MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	460---519-- MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	520---579-- MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE
	580---629-- MALATTIE DEL SISTEMA GENITOURINARIO	630---679-- COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO	680---709-- MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO
	710---739-- MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	740---759-- MALFORMAZIONI CONGENITE	760---779-- ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE E DI ORIGINE PERINATALE
	780---799-- SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI	800---999-- TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	V01---V83-- CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE E IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI

Data : ____/____/____
 gg / mm / aaaa

Firma: _____
 Medico proponente (matricola e firma/signa)

Data redazione	Revisione	Data approvazione	Pagina
	00		4 di 4