

Informativa sull'infiltrazione percutanea ecoguidata di sostanze terapeutiche

Io sottoscritto/a _____ nato il ____/____/_____
Informato/a dal Dott. _____ in modo chiaro ed esauriente di essere
affetto/a da _____
e di avere pertanto la necessità di sottopormi all'intervento di infiltrazione ecoguidata nel
distretto anatomico _____
lato SINISTRO DESTRO NON APPLICABILE
delle seguenti sostanze terapeutiche (indicare principio attivo e concentrazione)

Sono stato reso consapevole

- che il decorso naturale che potrà avere la mia malattia in assenza dell'intervento potrà essere:
 - ↳ PEGGIORAMENTO CLINICO E FUNZIONALE;
- che le prospettive di beneficio della procedura di infiltrazione propostami sono:
 - ↳ MIGLIORAMENTO CLINICO E FUNZIONALE;
- che i possibili rischi della procedura propostami e gli eventuali danni (temporanei o permanenti) per la salute e per la vita possono essere di tipo:
 - ↳ vascolare;
 - ↳ neurologico;
 - ↳ infettivo;
 - ↳ altro _____;
- dei tempi e delle modalità di recupero ragionevolmente prospettabili a seguito della procedura di infiltrazione.
- che non esistono trattamenti alternativi a quello propostomi per curare la mia malattia
- che esistono trattamenti alternativi a quello propostomi per curare la mia malattia (con i rispettivi rischi e benefici), che nello specifico sono: _____
- che si potrebbe verificare la necessità, per particolari condizioni impreviste, di dover modificare il trattamento di infiltrazione propostomi senza che me ne venga data informazione, qualora ciò fosse tecnicamente impossibile.

Terapia farmacologica in atto _____

Prendo atto che nel mio caso sussiste un maggior rischio di _____

dovuto alle seguenti mie patologie _____

Consenso all'infiltrazione percutanea ecogui data di sostanze terapeutiche

Il sottoscritto _____ nato il ___ / ___ / _____ in qualità di:

- Diretto interessato
- Genitore del minore _____ nato il ___ / ___ / _____
- Tutore/Legale Rappresentante di _____ nato il ___ / ___ / _____

Dichiaro

di aver ricevuto dal Medico informazioni chiare, complete e comprensibili, anche attraverso materiali informativi, in merito a:

- natura e finalità dell'intervento proposto;
- modalità di esecuzione;
- benefici attesi;
- rischi prevedibili e possibili complicanze, anche se rare;
- alternative terapeutiche praticabili, inclusa la possibilità di non sottoporsi al trattamento, con relative conseguenze;
- prevedibile decorso post-procedura e indicazioni comportamentali successive.

Dichiaro altresì di aver avuto la possibilità di porre domande, di aver ricevuto risposte esaurienti, di aver avuto a disposizione un ragionevole tempo per prendere le opportune decisioni e di aver compreso le informazioni fornite e pertanto

ACCETTO **RIFIUTO**

di sottopormi alla procedura propostami, libero di revocare in qualunque momento il mio consenso.

Inoltre

- Autorizzo** i sanitari a fornire informazioni sulle mie condizioni di salute a: _____
- Non autorizzo i sanitari a fornire informazioni sulle mie condizioni di salute a terzi.**

San Donà di Piave, Data ___ / ___ / _____ - Ore ___ : ___

Firma del Dichiarante _____

Timbro e Firma del Medico richiedente il Consenso _____

Firma di eventuali testimoni _____

Firma dell'eventuale interprete _____

Consenso all'infiltrazione percutanea ecoguidata di sostanze terapeutiche

REVOCA DEL CONSENSO

Con le presente, io sottoscritto/a _____ nato/a il ___/___/___

In qualità di:

- diretto interessato
- legale rappresentante di _____ nato/a il ___/___/___
- genitore/i _____ nato/a il ___/___/___

consapevole delle possibili conseguenze sullo stato di salute derivanti dalla non esecuzione

DICHIARO DI REVOCARE IL CONSENSO

Per l'esecuzione dell'intervento di infiltrazione percutanea ecoguidata di sostanze terapeutiche

espresso in data ___/___/___ al dott. _____

San Donà di Piave, ___/___/___ ore ___ : ___ Firma _____

CURA DEL MEDICO CHE PRENDE ATTO DELLA REVUCA AL CONSENSO

Il sottoscritto dott. _____ dopo aver nuovamente illustrato le possibili conseguenze sullo stato di salute derivanti dalla non esecuzione dell'intervento, dichiaro di aver preso atto della revoca al consenso espresso dal sig. _____ che ne ha titolo.

San Donà di Piave, ___/___/___ ore ___ : ___ Firma _____