



CONSENSO INFORMATO PER PAZIENTI GRAVIDE

U.O. di RADIOLOGIA Presidio Ospedaliero di

La Sottoscritta Sig.ra

Nata il

DICHIARA: SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DI

- Essere alla settimana di Gravidanza
- Essere stata informata e di aver compreso i potenziali rischi da radioesposizione derivanti al feto
- Essere stata informata circa l'utilità e l'improcrastinabilità dell'esame radiologico richiesto
- Essere stata informata dell'impossibilità di sostituire tale esame con metodiche alternative che non comportino esposizione a radiazioni ionizzanti
- Accettare di sottoporsi all'esame proposto:.....

Data..... Firma Paziente

FIRMA DEL MEDICO

NOTA BENE

In caso di **acquisizione del consenso con la collaborazione di mediatore - interprete** è richiesta, oltre alla firma del paziente, anche quella del mediatore stesso per attestare che il paziente ha compreso quanto contenuto nel foglio informativo
dati identificativi del mediatore (nome cognome e data di nascita)

.....
FIRMA DEL MEDIATORE INTERPRETE
.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ' (art. 47 DPR 18.12.2000, n. 445)

paziente minorenne

Io sottoscritto / a
nato/a a..... il residente in
via..... n

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

DICHIARO

di essere genitore del minorenne
nato/a a..... il

di esercitare la potestà genitoriale

che l'altro genitore **non** può firmare il consenso perché

deceduto decaduto/sospeso dalla potestà con provvedimento del Giudice

assente per lontananza impedimento

altro.....

che l'altro genitore è **informato e d'accordo** al trattamento sanitario illustratomi

data:.....**firma** (per esteso e leggibile):

di essere stato nominato dal Tribunale dicon provvedimento n.....del.....

tutore affidatario del minore....., nato ail

data:.....**firma** (per esteso e leggibile):.....

In caso di paziente incapace

Io sottoscritto / a
nato/a a..... il residente in
via..... n

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

DICHIARO

di essere stato nominato dal Tribunale di con provvedimento n.....

tutore amministratore di sostegno altro.....

di
nato/a a..... il

di essere autorizzato a compiere tutti gli atti utili ad assicurare la salute del suddetto a nome e per conto dello stesso

data:.....**firma** (per esteso e leggibile):

La presente è stata sottoscritta dall'interessato:

in presenza del dipendente (firma per esteso e leggibile)
mediante esibizione del documenton.rilasciato da.....

presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 D. LGS. 30/06/2003, n. 196)

I dati acquisiti saranno trattati, anche con strumenti informatici, dall'Azienda Ospedaliera di Serrate, Titolare del trattamento, esclusivamente ai fini del consenso informato al trattamento sanitario per cui sono stati raccolti.