

	<b>CONSENSO INFORMATO del MINORE</b> <b>agli ATTI SANITARI</b> (ai sensi degli artt. 1 e 3 della L. 219/2017)	PAT_MD_00002 REV1 23/02/2022
--	---	------------------------------------

**UO/Servizio di** \_\_\_\_\_

**Ospedale/Distretto di** \_\_\_\_\_

**PARTE I – DATI IDENTIFICATIVI** (a cura del medico proponente)

1) Dati identificativi dell'**assistito/a**:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

1a) Dati esercente/i la **responsabilità genitoriale**:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

1b) **Nel caso di impossibilità all'acquisizione del consenso di entrambi i genitori**

*(Da far compilare al genitore presente)*

**Io sottoscritto/o** \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

**consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.**

**Firma** \_\_\_\_\_

1c) Dati del **Tutore**:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

***N.B. In caso di presenza tutore è necessario acquisire copia dell'atto di nomina.***

**PARTE II – DATI SANITARI e INFORMATIVA** (a cura del medico proponente)

2) Sintesi situazione clinica:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3) Atti sanitari proposti:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4) **Informativa:** dichiaro di aver fornito al/alla/i Sig./a/i \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ l'informazione sugli atti sanitari proposti.

5) Data: \_\_\_\_\_ ore: \_\_\_\_\_ 6) Firma e Timbro del Medico \_\_\_\_\_

**PARTE III – ESPRESSIONE e ACQUISIZIONE del CONSENSO INFORMATO** *(Parte a cura del dell'equipe medica-chirurgica esecutrice)*

7) Noi/io sottoscritti/o genitori/e/tutore \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dichiariamo/dichiaro:

- 8) di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sugli atti sanitari proposti, attraverso:
- colloquio informativo con intervento dell'interprete/mediatore culturale sig./sig.ra \_\_\_\_\_
  - i moduli relativi agli atti sanitari proposti, consegnati e spiegati dal dott. \_\_\_\_\_
  - il colloquio informativo con il dott. \_\_\_\_\_ avvenuto il giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ alle ore \_\_\_;

9) di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima degli atti sanitari e di chiedere ogni ulteriore informazione qualora lo desideri;

10) di esprimere (barrare la scelta)  **CONSENSO** /  **DISSENSO** libero, spontaneo e in piena coscienza agli atti sanitari proposti.

11) Osservazioni \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12) Data \_\_\_\_\_ ore: \_\_\_\_\_ 13) Firme genitori/e/tutore \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14) Firma e Timbro del Medico \_\_\_\_\_

**PARTE IV – REVOCA del CONSENSO INFORMATO**

15) Noi/io sottoscritti/o genitori/e/tutore \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ alle ore \_\_\_ **dichiaro di revocare il consenso** ai seguenti atti sanitari, sopra citati: \_\_\_\_\_

16) Firme genitori/e/tutore \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17) Firma e Timbro del Medico \_\_\_\_\_

18) **NOTE:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_