

| | | | | |
|--|--|----------------|--------------------|-------------------|
| OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO | CONSENSO AZIENDALE | CONSAZHQA_0013 | | |
| | INCAPACITA' AD ESPRIMERE CONSENSO | Rev. 4 | Data 01/06/2017 | Pag. 1 di 1 |

Io sottoscritto/a Dott./Dott.ssa
della Unità Operativa.....

dichiaro che il/la paziente:

cognome nome
nato/a il a.....
ricoverato/a presso
deve essere sottoposto/a, a tutela della sua salute e come concordato con l'equipe di cure all'atto sanitario di:

ma al momento della visita, effettuata il/...../..... alle orenon è nelle condizioni cliniche di poter esprimere un valido assenso all'atto sanitario proposto (descritto nell'Informativa CODICE..... pubblicata nel sito internet dell'Istituto), in quanto si trova in stato di incapacità per motivi clinici (*)

Le informazioni circa l'atto sanitario previsto

sono

non sono

state condivise con il/la:

Sig/Sig.ra..... Firma di acquisita Informazione.....

Sig/Sig.ra..... Firma di acquisita Informazione.....

nella sua qualità di :

- familiare (coniuge non separato / genitori / figli maggiorenni)
- parente (specificare
- fiduciario indicato
- tutore di paziente interdetto
- amministratore di sostegno nominato
- curatore speciale nominato

identificato mediante documento valido tipo N°.....

Data e ora

Timbro e firma del Medico

Firma di eventuali testimoni presenti al momento della visita e/o del colloquio:

1)

2)

(* Se possibile descrivere lo stato clinico

NB sarà rivalutata la condizione clinica di incapacità ogni qualvolta si renda necessario ulteriore atto sanitario.

| | | |
|--|--|--|
| Redatto Unità di Gestione del Rischio - Medicina Legale | Controllato Unità di Gestione del Rischio | Approvato Direzione Sanitaria Aziendale |
|--|--|--|