

IL MODULO DEVE ESSERE CONSEGNATO IN ACCETTAZIONE FIRMATO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ORDINARIO | <input type="checkbox"/> STANZA SINGOLA |
| <input type="checkbox"/> DAY HOSPITAL | <input type="checkbox"/> POSTO LETTO |
| <input type="checkbox"/> DAY-SERVICE | <input type="checkbox"/> POLTRONA |
| <input type="checkbox"/> RICOVERO PRIVATO | |
| <input type="checkbox"/> ASSICURAZIONE | |

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> AVVISARE IL PAZIENTE | |
| <input type="checkbox"/> DATA RICOVERO | _____ |
| <input type="checkbox"/> INTERVENTO | _____ |
| <input type="checkbox"/> PREOSPEDALIZZAZIONE | _____ |
| <input type="checkbox"/> VIDEAT ANESTESIOLOGICO | _____ |

Cognome e Nome		Telefono
Data di nascita	Luogo di nascita	Indirizzo
Diagnosi di ammissione		Intervento previsto
Medico responsabile	Reparto	Anestesia Presunta

<input type="checkbox"/> ROUTINE _____ <input type="checkbox"/> COMPLETA <input type="checkbox"/> RIDOTTA	<u>ANAMNESI</u> <input type="checkbox"/> Cardiopatie <input type="checkbox"/> BPCO
<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> RX TORACE	<input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Sieropositività _____
<input type="checkbox"/> VIDEAT CARDIOLOGICO <input type="checkbox"/> VIDEAT ANESTESIOLOGICO	<input type="checkbox"/> ALLERGIE _____
<input type="checkbox"/> Rx scopia intra-operatoria <input type="checkbox"/> Radiografia post-operatoria <input type="checkbox"/> ALTRO _____	<u>TERAPIE</u> <input type="checkbox"/> Anticoagulanti/Antiaggreganti _____ <input type="checkbox"/> Plavix da _____

RICHIESTA DI SANGUE

- | | |
|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> PREDISPORRE AL CENTRO TRASFUSIONALE | N°UNITÀ ___ DATA _____ |
| <input type="checkbox"/> PREDISPORRE IN CLINICA | N°UNITÀ ___ DATA _____ |
| <input type="checkbox"/> PREDEPOSITO AUTOTRASFUSIONALE | N°UNITÀ ___ DATA _____ |
| <input type="checkbox"/> Data Prove Ematiche di Compatibilità _____ | |

NOTE:

MATERIALE SO+ DITTA:

EVENTUALI: Farmaci da tenere in CdC _____

Firma Medico inviante

IL MODULO DEVE ESSERE CONSEGNATO IN ACCETTAZIONE FIRMATO

SCHEDA INFORMATIVA AMBULATORIALE

A Io sottoscritto in proprio o nella qualità di esercente la patria potestà o la tutela del paziente

dichiaro di essere stato **verbalmente** informato in modo chiaro e per me comprensibile dal dottor _____

- della patologia di cui sono portatore, dei rischi che ne derivano, delle eventuali complicazioni ed esiti;
- del tipo di intervento chirurgico al quale sarò sottoposto, dei vantaggi e degli svantaggi nel non praticarlo;
- del rischio chirurgico statistico e collegato al mio stato di salute, delle complicanze possibili;
- dei possibili interventi alternativi, dei prevedibili esiti;
- delle terapie mediche che mi saranno praticate e dei rischi connessi all'impiego dei farmaci;
- dell'efficacia, tollerabilità e degli effetti collaterali dei farmaci somministrati, delle possibili alternative;
- degli accertamenti diagnostici ai quali sarò sottoposto e dei rischi connessi a particolari esami che richiedono l'uso di radiazioni ionizzanti o mezzi di contrasto

Dichiaro di essere stato avvertito che in sede di ricovero, prima che venga avviata qualunque procedura chirurgica o invasiva, sarò invitato a firmare nuovamente il foglio di consenso in cartella clinica e ad attestare di aver pienamente compreso tutto quanto comunicatomi verbalmente in sede ambulatoriale.

Dichiaro di essere stato avvertito che comunque, in ogni momento della mia degenza, prima che venga avviata qualunque procedura chirurgica o invasiva, potrò sempre richiedere di ricevere ulteriori informazioni e potrò anche ritirare il consenso, lasciandone ovviamente traccia scritta in cartella clinica.

Roma, lì

Firma del paziente

Firma del Medico

B Io sottoscritto in proprio o nella qualità di esercente la patria potestà o la tutela del paziente dichiaro di aver ricevuto copia di uno stampato informativo contenente le suddette informazioni, esposte in maniera analitica ma facilmente comprensibili, personalizzate in relazione alla patologia in atto.

Dichiaro di essere stato invitato a leggerlo con attenzione presso il mio domicilio e a non esitare a richiedere qualunque ulteriore chiarimento direttamente al dottor oppure al mio Medico di Medicina Generale oppure a persona qualificata di mia fiducia.

Dichiaro di essere stato avvertito che in sede di ricovero, prima che venga avviata qualunque procedura chirurgica o invasiva, sarò invitato a firmare nuovamente il foglio di consenso in cartella clinica e ad attestare di aver pienamente compreso tutto quanto comunicatomi verbalmente in sede ambulatoriale e di aver letto e compreso lo stampato informativo.

Dichiaro di essere stato avvertito che comunque, in ogni momento della mia degenza, prima che venga avviata qualunque procedura chirurgica o invasiva, potrò sempre richiedere di ricevere ulteriori informazioni e potrò anche ritirare il consenso, lasciandone ovviamente traccia scritta in cartella clinica.

Roma, lì

Firma del paziente

Firma del Medico

C Poichè per il tipo di procedura chirurgica consigliata e/o per le Sue attuali condizioni cliniche potrebbero essere necessari trattamenti trasfusionali, Le chiediamo di indicare la Sua preferenza per:

TRASFUSIONE DI SANGUE OMOLOGO AUTOEMOTRASFUSIONE

(cancellare la voce che non interessa)

Dichiaro di aver ricevuto adeguata informazione nella scelta dell'eventuale trattamento trasfusionale.

Roma, lì

Firma del paziente

Firma del Medico

NOTA BENE Consegnare al paziente il foglio notizie da riportare in sede di preospedalizzazione o di ricovero.