

RESPONSABILITA' CIVILE ASL/AO/IRCCS/Istituti di Cura Diversi  
**QUESTIONARIO**

**1. INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA**

**1.1 DENOMINAZIONE ED INDIRIZZO**

ASM – AZIENDA SANITARIA LOCALE MATERA

Via Montescaglioso, s. n.c.

**1.2 DATA DI COSTITUZIONE (indicare eventuali accorpamenti o scorpori negli ultimi anni)**

01/01/2009

**1.3 COMUNI E/O ZONE TERRITORIALI DI COMPETENZA**

Accettura, Aliano, Bernalda, Calciano, Cirigliano, Colobraro, Craco, Ferrandina, Garaguso, Gorgoglione, Grassano, Grottole, Irsina, Matera, Miglionico, Montalbano Jonico, Montescaglioso, Nova Siri, Oliveto Lucano, Pisticci, Policoro, Pomarico, Rotondella, Salandra, San Giorgio Lucano, San Mauro Forte, Scanzano Jonico, Stigliano, Tricarico, Tursi, Valsinni

**1.4 RETRIBUZIONI LORDE CORRISPOSTE AL PERSONALE**

	ultimo anno (2018)	anno in corso (previsione)	Note
Personale dipendente ed assimilato (compreso intramoenia)	97.002.949	100.000.000	
Altro			

**1.5 MODIFICAZIONI STRUTTURALI**

- Sono in previsione cambiamenti strutturali nella vostra attività?

Si  NO

in caso affermativo specificare:

---

---

- Sono previsti per i prossimi 3 anni piani di investimento in relazione ad attrezzature e/o strutture sanitarie?

Si  NO

in caso affermativo specificare:

Ogni anno l'Azienda approva con propria deliberazione il piano degli investimenti tecnologici e strutturali

**RESPONSABILITA' CIVILE ASL/AO/IRCCS/Istituti di Cura Diversi  
QUESTIONARIO**

**1.6 SPECIALIZZAZIONI**

La struttura è specializzata in specifiche aree e/o rappresenta un centro di eccellenza per qualche disciplina?

Si  NO

in caso affermativo specificare:

---



---



---

**1.7 COMPOSIZIONE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE**

denominazione	ubicazione	data costituzione	posti letto		sale operatorie n.	reparti n.	interventi chirurgici n. (ultimo anno)
			teorici	utilizzati (mediamente)			
Ospedale Madonna delle Grazie Matera	Contrada Cattedra Ambulante Matera	2002	354	354	10	21	Circa 11.000
Ospedale Papa Giovanni Paolo II Policoro	Viale Salerno Policoro		108	108	3	10	Oltre 3.200
Ospedale Distrettuale Rocco Mazzarone Tricarico	Viale Regina Margherita		99	99			
Ospedale Distrettuale Salvatore Peragine Stigliano	Via Principe di Napoli		24	10			
Ospedale Distrettuale Angelina Lodico Tinchì	Contrada Tinchì						
<b>totali</b>			<b>585</b>	<b>571</b>		<b>31</b>	<b>&gt;14.200</b>

Reparto / Specializzazione	Posti letto n.		Operaz. chirurgiche n. (ultimo anno)	Ricoveri n. (ultimo anno)	
	Ordinari	Day Hospital		Ordinari	Day Hospital
CARDIOLOGIA MATERA	20	4	1.100	1.043	165
CHIRURGIA GENERALE MATERA	34	1	1.333	1.390	159
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI MATERA	23	1		569	45

**RESPONSABILITA' CIVILE ASL/AO/IRCCS/Istituti di Cura Diversi  
QUESTIONARIO**

GERIATRIA MATERA	22	1		920	0
MEDICINA GENERALE MATERA	33	6		1.235	51
NEFROLOGIA MATERA	8	0	88	281	0
OCULISTICA MATERA	4	4	2.056	49	0
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MATERA	23	4	1.131	933	129
OSTETRICA E GINECOLOGIA MATERA	24	2	1.352	1.607	592
OTORINOLARINGOIATRIA MATERA	6	2	479	521	66
PSICHIATRIA MATERA	7	1		168	10
UROLOGIA MATERA	12	4	602	669	75
UTIC MATERA	10	0		104	0
TERAPIA INTENS-RIANIMAZIONE MATERA	8	0	524	119	0
GASTROENTEROLOGIA - ENDOSCOPIA DIGEST. MATERA	0	2	495	0	6
CHIRURGIA PLASTICA MATERA	6	2	1.710	283	90
NEUROLOGIA MATERA	10	2		489	8
PNEUMOLOGIA MATERA	16	4		556	0
PEDIATRIA-NEONATOLOGIA MATERA	18	6		1.449	52
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE MATERA	6	2		318	91
EMATOLOGIA MATERA	4	13		112	169
MEDICINA D'URGENZA MATERA	8	0		192	0
TERAPIA INTENSIVA POLICORO	4	0	43	84	0
PEDIATRIA POLICORO	7	1		836	0
OSTETRICA E GINECOLOGIA POLICORO	12	2	482	727	148
MEDICINA GENERALE POLICORO	22	2		1.491	11
CHIRURGIA GENERALE POLICORO	18	2	1.188	1.171	140
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA POLICORO	14	2	594	575	63
PSICHIATRIA POLICORO	7	1		193	35
CARDIOLOGIA POLICORO	2	1	155	129	95
OCULISTICA POLICORO			503		
UTIC POLICORO	4	0		222	0
DAY HOSPITAL POLICORO	0	4		0	100
OTORINOLARINGOIATRIA POLICORO	2	2	287	250	3
DEGENZA INTENSIVA RIABILITATIVA DON GNOCCHI TRICARICO	48	0		444	0
STATO VEGETATIVO TRICARICO	5	0		4	0
LUNGODEGENZA -RIABILITATIVA- DON C.GNOCCHI-TRICARICO	16	0		155	0
LUNGODEGENZA MEDICA TRICARICO	30	0		126	0
LUNGODEGENZA SEMPLICE STIGLIANO	24	0		132	0
<b>totali</b>	<b>517</b>	<b>78</b>	<b>14.122</b>	<b>19.546</b>	<b>2.303</b>

**RESPONSABILITA' CIVILE ASL/AO/IRCCS/Istituti di Cura Diversi**  
**QUESTIONARIO**

**1.8 APPARECCHIATURE / SERVIZI SPECIALISTICI**

Sono previsti Servizi Specialistici a supporto dei Reparti?

Si  NO

in caso affermativo compilare la seguente tabella, relativa alle Apparecchiature in dotazione, riportando eventuali notizie tecniche nella colonna NOTE

APPARECCHIATURE		Numero Addetti	Disponibilità Giornaliera			Manutenzione a Norme CEI 1276G - CEI 64/4/		NOTE
Tipologia	Numero		24 ore	12 ore	< 12 ore	SI	NO	
T.A.C.	3		x			x		
R.M.N.	2			x		x		
ANGIOGRAFI	4		x			x		
GAMMA CAMERA	2				x	x		
PET MOBILE	1			x		x		
Defibrillatore	90		x			x		
Litotritore	1				x	x		
Elettrobisturi	32		x			x		

**1.9 DATI SUL PERSONALE**

composizione del personale dipendente di ruolo

Categoria		n. (ultimo anno)	n. (previsione)
Ruolo Sanitario	Dirigenti Medici	500	
	Dirigenti non Medici	52	
	Altro Personale (comparto)	1156	
Ruolo Amministrativo	Dirigenti	7	
	Altro Personale (comparto)	208	
Ruolo Tecnico	Dirigenti	421	
	Altro Personale (comparto)	7	
Ruolo Professionale	Dirigenti	7	
	Altro Personale (comparto)		

**1.10 ULTERIORI NOTIZIE**

- La A.S.L./altro, per la propria attività, è collegata a Cliniche, Università e/o Istituti di Ricerca?

Si  NO

in caso affermativo specificare:

---



---



---

RESPONSABILITA' CIVILE ASL/AO/IRCCS/Istituti di Cura Diversi  
QUESTIONARIO

- viceversa, le Cliniche, Università, etc. si servono delle strutture della A.S.L./altro?

Si  NO

in caso affermativo specificare:

---

---

- indicare, inoltre, gli eventuali compensi spettanti a Cliniche, Università e/o Istituti di Ricerca:  
€ ..... di cui il .....% spettante a Medici specialisti in formazione
- vengono impiegate sostanze radioattive o apparecchi per l'accelerazione artificiale di particelle atomiche?

Si  NO

- viene eseguita la distribuzione e/o l'utilizzo del sangue?

Si  NO

in caso affermativo specificare:

	ultimo anno	previsione
n. unità di sangue utilizzate	8.375	9.000

- il sangue è analizzato secondo specifiche procedure?

Si  NO

- i reparti di chirurgia sono autorizzati per interventi di espianto e trapianto di Organi?

Si  NO

#### 1.11 REPARTO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

- Quanti sono i parti in un anno (mediamente)? 1.000, di cui:  
parti gemellari n. 8 bambini nati morti 2
- E' prevista la reperibilità di un'ostetrica 24 ore al giorno? Si  NO
- E' prevista la reperibilità di una seconda ostetrica 24 ore al giorno? Si  NO
- E' prevista la presenza di un pediatra 24 ore al giorno? Si  NO
- I parti cesarei di emergenza possono essere effettuati entro 30 minuti, 24 ore al giorno?  
Si  NO

RESPONSABILITA' CIVILE ASL/AO/IRCCS/Istituti di Cura Diversi  
QUESTIONARIO

---

- Le levatrici possono assistere al parto senza la presenza di un medico? Si  NO
- Sono previsti servizi di terapia assistenza per genitori in seguito ad aborto, morte perinatale o nascita di bambini handicappati? Si  NO

**1.12 TERAPIE PRESTATE**

tipo di terapia			n. pazienti	
	NO	SI	ultimo anno	previsione
Fecondazione assistita	X			
Alcolismo / tossicodipendenza		X	1103	1100
Chirurgia plastica volontaria	X			
Interruzione gravidanza volontaria		X	221	
Adeguamento tra identità fisica e psichica	X			
HIV, epatite, malattie sessualmente trasmissibili		X	253	250
sterilizzazione		X		
Altro .....				

**1.13 PRONTO SOCCORSO / GUARDIA MEDICA**

- N. prestazioni complessivamente eseguite nell'anno: 65.567 accessi pronto soccorso  
42.150 accessi guardia medica
- Si dispone di mezzi mobili di Pronto Intervento Si  NO 
  - in caso affermativo specificare:
    - ambulanze n. \_\_\_\_\_
    - Unità Mobili di Rianimazione n. \_\_\_\_\_
  - in caso negativo precisare eventuali convenzioni con:
    - C.R.I.
    - Associazioni Volontariato
    - Altri
- Esiste eliporto Si  NO

**Note:**

Ai sensi della L.R. n. 2/2017, a partire dal 2017 il Servizio di Emergenza Territoriale (118) è interamente gestito dall'ASP – Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**2. CONSENSO INFORMATO**

**2.1 Il consenso informato è richiesto al paziente prima della cura?**

- In tutti i casi? Si  NO

- Per iscritto? Si  NO

**in caso negativo specificare:**

Vi sono procedure di bassa intensità di cura per cui non vi è modulistica specifica e si sta valutando caso per caso l'eventuale realizzazione

**2.2 In caso di trattamenti complessi, il consenso informato è richiesto per ogni trattamento successivo o differente?**

Si  NO

**in caso negativo specificare:**

---

---

---

**2.3 Chi controfirma i documenti del consenso informato?**

Il medico che svolge l'attività clinico-diagnostico-terapeutica di cui fornisce l'informazione.

**2.4 Come sono archiviati e per quanto tempo sono conservati?**

All'interno delle cartelle cliniche per sempre

**2.5 La non conformità con le procedure di consenso informato costituisce una questione di tipo disciplinare?**

Si  NO

**in caso negativo specificare:**

nei casi di evidente inadempienza vi è segnalazione all'Ufficio Provvedimenti Disciplinari (U.P.D.)

**2.6 I moduli e/o i controlli sono oggetto di revisione periodica?**

Si  NO

**Se SI, ogni quanto tempo? In base alle necessità**

**Note:**

La procedura per l'acquisizione del consenso informato consigliata dall'Azienda prevede una modulistica scissa da quella relativa alla informazione specifica (modulo di acquisizione del consenso informato unico).

RESPONSABILITA' CIVILE ASL/AO/IRCCS/Istituti di Cura Diversi  
QUESTIONARIO

---

**X** Si allega copia del testo "standard"

**X** Si allega inoltre la seguente ulteriore documentazione copia del testo "standard" – Atto di indirizzo aziendale

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma

---

Allegati:

---

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE BASILICATA  
ASL 4 - Matera



Centro Studi  
Qualità Formazione Ricerca



LINEA GUIDA

Cod. LGCSQ002000

**INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ATTO DI CURA**  
**ATTO DI INDIRIZZO AZIENDALE**

**Elenco emissioni/approvazioni/revisioni**

Rev.	Autorizzazioni					
	Redazione		Verifica		Approvazione	
0.0	<b>Data</b> gennaio 2007	Centro Studi Qualità Formazione Ricerca Unità Gestione Rischio	<b>Data</b> gennaio 2007	Centro Studi Qualità Formazione Ricerca Unità Gestione Rischio	<b>Data</b>	Direzione Strategica Aziendale

**Distribuzione:**

\_\_\_ copia in distribuzione controllata    \_\_\_ copia in distribuzione non controllata

**Note:**

La responsabilità dell'eliminazione delle copie obsolete della procedura è dei destinatari di questa documentazione

 <b>asl 4</b> azienda sanitaria locale matera  <b>Unità Gestione Rischio</b>		<b>1.1 LINEA GUIDA</b>		<b>COD:LGCSQ002000</b>	
		<b>INFORMAZIONE E CONSENSO          ALL'ATTO DI CURA          Atto di indirizzo aziendale</b>		REV. 0.0 del gennaio2007	Pagina 2/8

## SOMMARIO

<b>1. Scopo/Obiettivo</b>	<b>pag. 3</b>
<b>2. Campo di applicazione</b>	<b>pag. 3</b>
<b>3. Riferimenti normativi e documentali</b>	<b>pag. 3</b>
<b>4. Abbreviazioni, definizioni e terminologia</b>	<b>pag. 3</b>
<b>5. Matrice delle responsabilità</b>	<b>pag. 3</b>
<b>6. Processi/Modalità operative</b>	<b>pag. 4</b>
<b>6.1 Premessa</b>	<b>pag. 4</b>
<b>6.2 La informazione</b>	<b>pag. 4</b>
<b>6.3 I requisiti della informazione</b>	<b>pag. 5</b>
<b>6.4 Titolarità del consenso</b>	<b>pag. 5</b>
<b>6.5 Forma del consenso</b>	<b>pag. 6</b>
<b>7 Allegati</b>	<b>pag. 7</b>
<b>7.1 Allegato - Informazione per il consenso all'atto di cura</b>	<b>pag. 7</b>
<b>7.2 Allegato - Autocertificazione per i genitori</b>	<b>pag. 8</b>

 <b>Unità Gestione Rischio</b>		<b>1.1 LINEA GUIDA</b>		<b>COD:LGCSQ002000</b>	
		<b>INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ATTO DI CURA Atto di indirizzo aziendale</b>		REV. 0.0 del gennaio2007	Pagina 3/8

### 1. SCOPO/OBIETTIVO

Fornire delle linee di indirizzo aziendali per la gestione del processo del "consenso informato", al fine di ridurre la variabilità comportamentale degli attori coinvolti.

### 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Tutte le attività di erogazione di assistenza in cui è fondamentale il coinvolgimento autonomo, consapevole e informato del paziente.

### 3. PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

Autore	Titolo	Data
Costituzione Italiana	Artt. n.11, 32	=
Codice Penale	Artt. n.50, 54	=
Codice Civile	Art. 5	=
Legge n.833	Art. n.33	1978
Codice deontologia medica	Codice di deontologia medica	2006
Legge n.145	Convenzione sui diritti dell'uomo e della biomedicina, Oviedo - 1977	2001

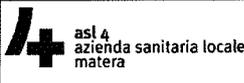
### 4. ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA

Le definizioni e la terminologia sono riportate nei paragrafi della linea guida.

### 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Funzione Attività	DIREZIONE AZIENDALE	UNITA' GESTIONE RISCHIO	CENTRO STUDI	DIRETTORE UNITA' OPERATIVA	DIRIGENTE MEDICO
Atto di indirizzo	R	R	R	C	R
Applicazione	C	C	C	C	R
Monitoraggio	C	C	C	C	R

R = responsabile, C = coinvolto

 <b>Unità Gestione Rischio</b>	<b>1.1 LINEA GUIDA</b>		<b>COD:LGCSQ002000</b>	
	<b>INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ATTO DI CURA Atto di indirizzo aziendale</b>		REV. 0.0 del gennaio 2007	Pagina 4/8

## 6. PROCESSI/MODALITÀ OPERATIVE

### 6.1 Premessa

Se l'azione del medico è legittimata, di norma, dal consenso del paziente alla proposta diagnostica o terapeutica, un consenso libero e consapevole non può prescindere da una adeguata informazione fornita al paziente stesso. Quest'ultima fa parte della buona condotta medica, costituisce un vero e proprio dovere contrattuale ed è integrativa della prestazione sanitaria, tanto da diventare prestazione sanitaria essa stessa; dalla sua omissione possono derivare responsabilità professionali e pretese risarcitorie.

La finalità della informazione e consenso all'atto di cura è il coinvolgimento libero consapevole del paziente nelle scelte che riguardano la propria salute, nel rispetto del principio etico della autonomia.

### 6.2 La informazione

L'informazione è parte integrante nella relazione terapeutica, a prescindere dalla finalità di un atto di consenso.

Il paziente, quale titolare del diritto alla informazione, può manifestare la volontà di non essere informato o di esserlo solo in parte; il curante ha l'obbligo di rispettare tale volontà, che va adeguatamente documentata nella documentazione clinica.

Ogni professionista sanitario ha il dovere della informazione, anche a prescindere dalla finalità di ottenere il consenso; l'onere principale è del medico che ha in cura il paziente, ma anche gli altri operatori sanitari che intervengono nel processo assistenziale, nel rispetto del principio di autonomia del paziente, devono correttamente informarlo riguardo alle pratiche di loro specifica competenza.

L'informazione per il consenso all'atto medico compete al medico curante della Unità Operativa ospedaliera e/o territoriale, e non può essere delegata al personale infermieristico o tecnico.

I responsabili delle strutture operative stabiliscono le modalità organizzative per permettere al medico curante della singola struttura di procedere alla corretta informazione del paziente, coordinando in particolare le informazioni provenienti dalla équipe assistenziale e/o da medici intervenuti in consulenza specialistica. In questo caso è preferibile che la informazione sia fornita congiuntamente con lo specialista consulente, o comunque fornita in maniera coordinata, per poter permettere al paziente di avere una informazione completa.

Nel caso specifico di richiesta di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali la cui effettuazione viene fatta da attori diversi dal richiedente, l'informazione per il consenso deve iniziare da parte del medico che propone la prestazione.

E' evidente che, per la qualità dell'assistenza e nel rispetto del paziente, del medico esecutore e della organizzazione in cui la prestazione viene fornita, è opportuno che il paziente giunga al medico che eseguirà la procedura richiesta già consapevole della stessa.

 <b>Unità Gestione Rischio</b>		<b>1.1 LINEA GUIDA</b>		<b>COD:LGCSQ002000</b>	
		<b>INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ATTO DI CURA Atto di indirizzo aziendale</b>		REV. 0.0 del gennaio 2007	Pagina 5/8

Il medico esecutore, d'altra parte, dovrà accertarsi che il paziente sia stato adeguatamente informato, e, se è il caso, completare la informazione, e che abbia espresso il suo consenso, avendo egli la responsabilità diretta per la specifica prestazione richiestagli.

### 6.3 I requisiti della informazione

L'informazione per un consenso consapevole deve essere:

- completa**
- esauriente**
- comprensibile**
- aggiornata**
- libera da conflitti di interesse**
- basata sulla medicina delle prove di efficacia**

I requisiti minimi dei contenuti della informazione fornita ai fini della espressione del consenso devono permettere di rilevare:

- a) la natura della **procedura diagnostica o terapeutica** proposta
- b) le possibili ragionevoli **alternative**
- c) **rischi, benefici ed incertezze** relative alla procedure ed alle alternative
- d) valutazione della **comprensione del paziente**
- e) espressione del **consenso o del dissenso** da parte del paziente

### 6.4 Titolarità del consenso

Salvo i casi in cui sia riconosciuto come giuridicamente incapace, il paziente è il solo che può esprimere il consenso all'atto medico. I congiunti non hanno nessuna rappresentanza della persona del paziente, neppure se questi si trovi in uno stato di incapacità, temporanea o permanente.

Il congiunto può essere destinatario della informazione, sempre previa autorizzazione del paziente circa la persona da informare ed il contenuto della informazione.

Nel caso di persona giuridicamente incapace il consenso è espresso dal legale rappresentante.

Nel caso di minore, questo va coinvolto nel processo della informazione, in base all'età ed alle capacità cognitive.

L'espressione del consenso per un minore va espresso da entrambi i genitori. In caso di presenza di un solo genitore, è opportuno documentare il coinvolgimento del genitore assente, mediante l'utilizzo di un modulo di autocertificazione che attesti la condizione di lontananza o di impedimento dell'altro genitore, e che va conservato insieme al modulo del consenso.

In caso di disaccordo fra i due genitori la decisione è rimessa al giudice.

 <b>asl 4</b> azienda sanitaria locale matera  <b>Unità Gestione Rischio</b>		<b>1.1 LINEA GUIDA</b>		<b>COD:LGCSQ002000</b>	
		<b>INFORMAZIONE E CONSENSO</b> <b>ALL'ATTO DI CURA</b> <b>Atto di indirizzo aziendale</b>		REV. 0.0 del gennaio 2007	Pagina 6/8

## 6.5 Forma del consenso

La forma scritta del consenso è prevista, secondo la normativa vigente, in alcuni casi specifici. Si propongono una serie di tipologie di prestazioni per le quali si ritiene opportuno effettuare una adeguata informazione e acquisire un consenso scritto:

- Atti chirurgici
- Alcune procedure invasive diagnostiche e terapeutiche (biopsie, endoscopie)
- Procedure diagnostiche con incidenza significativa di possibili complicanze
- Terapie oncologiche (radio-, chemio-, immuno-terapia)
- Indagini che comportano l'uso di mezzi di contrasto
- RMN
- Trattamenti che determinano perdita temporanea o definitiva della capacità procreativa (eccetto la comune terapia contraccettiva)
- Trattamenti psichiatrici di maggior impegno
- Terapia medica con incidenza significativa di gravi reazioni avverse
- Prescrizioni di medicinali "off label"

 <b>Unità Gestione Rischio</b>	<b>1.1 LINEA GUIDA</b>	<b>COD:LGCSQ002000</b>	
	<b>INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ATTO DI CURA Atto di indirizzo aziendale</b>	REV. 0.0 del gennaio 2007	Pagina 7/8

## 7. ALLEGATI

### 7.1 INFORMAZIONE PER IL CONSENSO ALL'ATTO DI CURA

Per il paziente \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

con diagnosi di \_\_\_\_\_

si pone indicazione alla seguente indagine diagnostica / procedura terapeutica:

Al paziente sono state fornite informazioni circa :

- a) la diagnosi
- b) la natura della indagine / procedura proposta
- c) le ragionevoli possibili alternative
- d) i rilevanti benefici e rischi della indagine diagnostica / procedura terapeutica e delle possibili alternative
- o altro: \_\_\_\_\_

o E' stato fornito materiale informativo specifico \_\_\_\_\_

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Il medico \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

(timbro e firma)

Confermo di aver ricevuto informazioni adeguate circa i punti sopra specificati riguardanti la indagine / procedura proposta e conseguentemente esprimo il mio consenso /dissenso alla stessa. Il consenso/dissenso può essere revocato in qualsiasi momento.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il paziente \_\_\_\_\_

Il legale rappresentante \_\_\_\_\_

Il testimone \_\_\_\_\_

 <b>Unità Gestione Rischio</b>	<b>1.1 LINEA GUIDA</b>	<b>COD:LGCSQ002000</b>	
	<b>INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ATTO DI CURA Atto di indirizzo aziendale</b>	REV. 0.0 del gennaio 2007	Pagina 8/8

## 7.2 AUTOCERTIFICAZIONE PER I GENITORI

(ai fini della informazione per il consenso all'atto di cura del genitore assente)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

dichiara:

1. di essere il genitore del minore: \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

2. che il mio stato civile è il seguente: \_\_\_\_\_

3. che l'altro genitore non può firmare il consenso per

Impedimento

Lontananza

Altro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Il dichiarante \_\_\_\_\_  
(firma leggibile)