



ATTO DI CONSENSO

Nome della struttura sanitaria

AORN Sant'Anna e San Sebastiano, Caserta - UOC Oculistica

Nome del paziente, oppure dei genitori e/o esercenti la potestà

Nome di una eventuale altra persona che ha assistito alla spiegazione

Nome del medico che ha fornito le spiegazioni

Eventualmente coadiuvato da

Data del colloquio

Io sottoscritto Sig.

Codice Fiscale

Affetto da nell'occhio

DICHIARO IN PIENA COSCIENZA

- di aver pienamente comprese le informazioni relative alla propria patologia e le spiegazioni contenute nel materiale informativo ricevuto
- di aver avuto il tempo necessario e la necessaria tranquillità durante il colloquio svoltosi con i sanitari di formulare ogni richiesta di chiarimento relativo alla patologia di cui sono affetto e alle procedure terapeutiche che mi sono state proposte
- di aver ben compreso che l'intervento che mi è stato proposto è il seguente



- di aver potuto analizzare in dettaglio rischi, benefici e possibili alternative terapeutiche del trattamento proposto
- di comprendere bene che il mio specifico caso presenta le seguenti peculiarità

.....
Che potrebbero esporre maggiormente al rischio delle seguenti specifiche complicanze

.....
.....

- di avere ricevuto informazioni esaustive sulle dotazioni tecnologiche e strutturali delle struttura sanitaria dove verrà eseguito l'intervento proposto
 - di essere stato ben informato e di aver ben compreso la necessità di attenermi prima e dopo l'intervento a quanto prescritto dai sanitari e di rendermi disponibile per eventuali controlli o accertamenti postoperatori che dovessero rendersi necessari
 - di aver potuto maturare il pieno convincimento a volersi sottoporre alla procedura proposta e pertanto rilascio il mio consenso scritto all'esecuzione del seguente intervento
-
.....

DICHIARO INOLTRE

di aver ben compreso che la tecnica anestesiologicala impiegata sarà preferibilmente la seguente

.....
.....

Essendo comunque sempre possibile dover ricorrere ad una tecnica anestesiologicala diversa, se necessario anche in narcosi, qualora le condizioni operatorie lo rendessero necessario.

DICHIARO INOLTRE

di essere consapevole che eventuali modifiche alla tecnica chirurgica proposta possono rendersi necessarie in qualsiasi momento durante lo svolgimento dell'intervento.

Data..... Firma del paziente

Firma leggibile di chi riceve il presente documento