

IL NOSTRO CONSENSO INFORMATO

PROTOCOLLO SUL CONSENSO INFORMATO (per il paziente)

La doverosità del consenso informato del paziente si fonda sul principio etico-giuridico secondo cui nessuno può essere sottoposto a un determinato trattamento sanitario se non ha previamente espresso il proprio libero assenso; tale adesione non rappresenta un semplice atto formale, ma richiede un approfondito rapporto conoscitivo tra medico e paziente affinché un atto (l'intrusione nella sfera psicofisica della persona) che sarebbe altrimenti vietato dalla legge, assuma carattere di liceità (art.32 della Costituzione e art.50 del codice penale). Questo percorso si articola nelle seguenti fasi:

- **Informazione adeguata;**
- **Verifica che il paziente abbia compreso le informazioni ricevute,**
- **Adesione libera e volontaria alla procedure.**

Per essere effettiva e partecipata, l'adesione del paziente è preceduta da:

- **Illustrazione dettagliata della natura e della metodologia dell'intervento e dei risultati attesi sia funzionali che estetici ragionevolmente conseguibili con lo stesso;**
- **Informazione circa ogni possibile profilo di rischio conosciuto dell'intervento.**

Il consenso all'intervento comporta l'impegno, da parte del paziente, di osservare rigorosamente le prescrizioni del medico che ha effettuato l'intervento, sia sotto l'aspetto farmacologico e comportamentale che per quanto riguarda la regolarità dei controlli cui sottoporsi dopo l'effettuazione dell'intervento. Al riguardo è di fondamentale importanza, per il successo della terapia, la costante e convinta collaborazione del paziente, il quale dovrà impegnarsi a rispettare il programma di sedute fissate dal medico ed a sottoporsi in seguito a visite di controllo semestrali, già previste nel piano di trattamento prescelto, per consentire al medico di far fronte a qualunque insorgenza che potrebbe compromettere il buon esito della terapia consigliata.

Ad effettuare ogni sei mesi le visite di controllo sarà il medico che ha effettuato l'intervento o un collega di sua fiducia e da lui designato.

Qualora il paziente non ottemperasse agli impegni di cui sopra, il medico sarà esente dalla responsabilità oggettiva, non essendo stato messo in grado di seguire puntualmente il decorso positivo dell'intervento.

Data:

Per presa visione

IL PAZIENTE

CONSENSO INFORMATO

Io Sottoscritto.....**Nato/a a**.....**Il** .../.../.....
Residente a**Via**.....**N°**
Provincia.....**CF**.....

Dopo aver preso visione dell'allegato **PROTOCOLLO SUL CONSENSO INFORMATO**, io sottoscritto, dopo i chiarimenti che ho richiesto e che oggi ed in precedenti occasioni mi sono stati forniti dal Medico Curante Dr.....acconsento a sottopormi alla seguente terapia.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ho concordato per le ore....del.....L'inizio della terapia chirurgica.
Do atto che il Dr..... illustrandomi le mie condizioni cliniche:.....

.....
.....
.....

..... ha spiegato lo scopo del trattamento....., ha descritto le procedure chirurgiche e protesiche, ha illustrato dettagliatamente i rischi gli effetti ed i benefici dell'intervento..... ha illustrato le alternative terapeutiche:.....

..... ha spiegato quale deve essere il mio impegno di collaborazione, consistente nel.....

.....Do atto di essere stato informato in modo dettagliato dal Dr.....della diagnosi, della terapia scelta, delle alternative terapeutiche e delle possibili conseguenze derivanti da un insuccesso della prestazione come sopra concordata. A tal fine dichiaro:

Come risulta dai dati anamnestici da me forniti al Dr.....di non aver avuto malattie gravi, di non essere in stato di gravidanza, di essere affetto da diabete (SI'---NO), epatite(SI'---NO), osteoporosi(SI'---NO), emoglobinopatie (SI'---NO), malattie della coagulazione (SI'---NO) e allergie (SI'---NO), di essere affetto da.....

Di prestare il consenso a essere trattato da personale medico e ausiliario abilitato ed incaricato dal medico curante per quanto riguarda le terapie odontoiatriche e per ogni altra prestazione diagnostica e strumentale.

Di acconsentire ai trattamenti che mi sono stati descritti,nonché a tutti quelli che dovessero rendersi necessari per il buon esito della prestazione concordata.

Di non necessitare di ulteriori informazioni, impegnandomi a sottopormi a tutte le cure mediche e chirurgiche disposte dal Dr.....

Di impegnarmi, altresì, a prestarmi ai controlli prescrittimi ed a quelli semestrali concordati, anche se non avvertirò alcun disturbo, e senza inviti o comunicazioni.

L'effettuazione di interventi chirurgici successivi, che si rendessero necessari per il mantenimento della struttura impianto-protetica eseguita, mi sarà adeguatamente sottoposta, ai fini del mio consenso.

Dichiaro di essere stato informato ai sensi della normativa sulla privacy (l. 357/96 e del D.Lgs. 196/03), e accetto il trattamento dei dati nel rispetto dei principi di correttezza, di liceità e di trasparenza.

E' parte del presente accordo e consenso l'allegato **PROTOCOLLO SUL CONSENSO INFORMATO.**

Data:

FIRMA.....