

	Consenso Informato Dermatologia	Mod.05.101
		Rev. 2
		Aggiornato il 04/07/2018
		Pag. 1 di 1

COGNOME _____ NOME _____
 DATA DI NASCITA _____ N. ESAME _____

CONSENSO INFORMATO

Dichiaro di essere stato reso edotto dal Medico sulla procedura terapeutica dermatologica che verrà applicata, nonché di eventuali e possibili rischi e complicanze ad essa correlate, in modo da poter esprimere libero, cosciente e ragionato consenso all'intervento terapeutico scelto.

Al termine del colloquio con il Medico chiedo di essere sottoposto a intervento/procedura di _____

e dichiaro di:

- aver goduto sempre di buona salute;
- aver sofferto in passato delle seguenti malattie _____
- di soffrire attualmente delle seguenti malattie _____
- di essere in cura con le seguenti medicine _____

L'intervento prescelto mi è stato dettagliatamente spiegato, in particolare sono stato informato dal Medico in merito a:

- Le sostanze galeniche utilizzate;
- La tecnica utilizzata;
- I tempi del trattamento terapeutico;
- Il tipo di anestesia (qualora praticata);
- I tempi di guarigione prevedibili;
- Le possibili complicanze;
- I possibili rischi;
- Gli esiti cicatriziali.
- Eventuali rischi e complicanze (guarigione difficile, disagio sociale, perdita di sostanza cutanea, dolore, cicatrizzazione, danno funzionale nelle sedi cutanee trattate).

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni necessarie per prendere una decisione consapevole, di essere stato/a informato in maniera chiara e a me comprensibile dal Medico a cui ho esposto i miei dubbi e domande; dichiaro altresì di essere stato informato PRIMA di eseguire la procedura.

Dichiaro di aver fornito al Medico tutte le informazioni in mio possesso riguardanti il mio stato di salute con particolare riguardo ad allergie e/o eventuale stato di gravidanza certo o presunto.

Sono stato inoltre informato/a, e quindi sono consapevole di essere tenuto a seguire le indicazioni che mi verranno fornite nel decorso pre-trattamento e post-trattamento, non seguendo le quali può essere compromesso l'esito finale dell'intervento stesso. Sono stato altresì informato/a che ogni intervento che riguarda la pelle può avere una risposta biofisica individuale che non può essere pronosticata con assoluta certezza.

_____ Li ___ / ___ / ___

Firma del Medico _____

Firma del paziente o di persona idonea _____

In caso di minori o soggetti in condizioni non idonee a rilasciare il consenso, è necessario l'assenso di una persona legalmente idonea che specifichi il grado di parentela o tutela