

	Pre operatorio Dichiarazione di consenso informato al ricovero ospedaliero per il MINORE o per il soggetto inabilitato o interdetto (ai sensi della Legge n. 219 del 22/12/2017)	Mod. 0041	Pag. 1 di 4
		Parola chiave: <i>consenso minore</i>	
		Rev. 00	del 20/10/2023

Dati Identificativi

Cognome e nome del/della paziente	Luogo e data di nascita
Cognome e nome genitore	Cognome e nome genitore

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
 dichiara di aver fornito sia al/alla paziente sia al/ai genitore/i un'informazione completa ed esauriente relativamente alla sua situazione clinica:

che ha determinato la necessità del ricovero ospedaliero.

È stato esplicitato l'attuale progetto di ricovero specificando che le eventuali modifiche di percorso proposte saranno tempestivamente comunicate e condivise.

Sono state descritte le modalità organizzative mediante le quali si svolgerà il ricovero ospedaliero, comprensive degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari che saranno messi in atto, quali, ad esempio, prelievo ematico, visita medica o presa in carico infermieristico/assistenziale.

Questa informativa generale verrà eventualmente integrata dalle informazioni e dai relativi consensi per quei trattamenti specifici, dotati di maggiore complessità ed invasività, per i quali è previsto uno specifico percorso informativo con relativo consenso.

La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1 L. 219/217 deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà.

	Pre operatorio		Mod. 0041	Pag. 2 di 4
	Dichiarazione di consenso informato al ricovero ospedaliero per il MINORE o per il soggetto inabilitato o interdetto (ai sensi della Legge n. 219 del 22/12/2017)		Parola chiave:	<i>consenso minore</i>
			Rev. 00	del 20/10/2023

Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità.

Il consenso informato della persona interdetta ai sensi dell'articolo 414 del codice civile è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità.

Il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla medesima persona inabilitata. Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.

Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4, o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al Giudice Tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria.

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO:

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

nella sua qualità di genitore/esercente la potestà genitoriale/tutore/amministratore di sostegno

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

informazioni@ccbra.it	www.ccbra.it
Casa di Cura Privata "Città di Bra" Via Montenero 1 - 12042 Bra (Cn) Tel. 0172.472400 Fax 0172.44542 Documento di proprietà della Casa di Cura "Città di Bra" - Clinica Privata Accreditata. È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.	

 ACCREDITATA CON IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Pre operatorio Dichiarazione di consenso informato al ricovero ospedaliero per il MINORE o per il soggetto inabilitato o interdetto (ai sensi della Legge n. 219 del 22/12/2017)	Mod. 0041	Pag. 3 di 4
		Parola chiave: <i>consenso minore</i>	
		Rev. 00	del 20/10/2023

DICHIARA

(Barrare le caselle che interessano; qualora si compili il modulo nelle righe che interessano, non si considera irregolarità la semplice dimenticanza di barrare la casella)

☐ di essere residente nel comune di _____

in via _____,

n. _____ Cap. _____, dal _____;

☐ che lo stato di famiglia è composto, oltre che dal dichiarante, dalle seguenti persone:

PARENTELA	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA

	Pre operatorio Dichiarazione di consenso informato al ricovero ospedaliero per il MINORE o per il soggetto inabilitato o interdetto (ai sensi della Legge n. 219 del 22/12/2017)	Mod. 0041	Pag. 4 di 4
		Parola chiave: <i>consenso minore</i>	
		Rev. 00	del 20/10/2023

Noi sottoscritti dichiariamo di non essere decaduti dalla responsabilità genitoriale e di non essere sottoposti da parte dell'Autorità Giudiziaria a procedimenti limitativi sul minore

e inoltre

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:

- sullo stato di salute del/della minore, che ha determinato la necessità del ricovero ospedaliero, e sui benefici, le complicità e i rischi ad esso associati
- su composizione e ruoli dell'équipe di cura (incluso il personale non strutturato)
- di ☐ ACCETTARE / ☐ NON ACCETTARE liberamente, spontaneamente e in piena coscienza il ricovero ospedaliero proposto e di essere a conoscenza della possibilità di INTERROMPERE il ricovero ospedaliero in qualsiasi momento dandone informazione ai professionisti sanitari (esclusi i casi di ricovero obbligatorio previsti dalla Legge) e di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:
 - sulle possibili conseguenze sullo stato di salute del/della minore del rifiuto al ricovero
 - sulle eventuali alternative al ricovero

Data _____

Firma genitore _____

Firma genitore _____

Timbro e firma del Medico _____