

	Pre operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO PER INTERVENTI CHIRURGICI MINORI	Mod. 0338	Pag. 1 di 2
		Parola chiave: CH GEN 9	
		Rev. 00	del 30/10/25

UNITÀ FUNZIONALE DI CH. GENERALE

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI ESPRESSIONE DEL CONSENSO ALL' ATTO MEDICO

Io sottoscritta/o _____

nata/o a _____ il _____

dichiaro di essere stato/a informato/a in modo chiaro ed a me comprensibile dal Prof/Dott

_____ che l'affezione riscontratami è un:

- ☐ LIPOMA _____
- ☐ NEVO _____
- ☐ CISTI _____
- ☐ VERRUCA _____
- ☐ ONICOCRIPTOSI (UNGHIA INCARNITA) _____
- ☐ ALTRO _____

Che l'intervento sarà effettuato in anestesia _____

Dichiaro di:

- 1) aver ricevuto spiegazioni chiare e comprensibili sulle problematiche di cui sono affetto, sul tipo di anestesia e sul trattamento proposto, sui benefici, rischi e alternative;
- 2) aver potuto porre domande e ricevuto risposte soddisfacenti;
- 3) di acconsentire liberamente all'esecuzione del trattamento secondo la tecnica ritenuta più idonea dal medico chirurgo.

Consapevolmente, quindi,

☐

ACCONSENTO

☐

NON ACCONSENTO

	Pre operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO PER INTERVENTI CHIRURGICI MINORI	Mod. 0338	Pag. 2 di 2
		Parola chiave: CH GEN 9	
		Rev. 00	del 30/10/25

Il paziente dichiara di non essere affetto da patologie incompatibili con il tipo di trattamento e di anestesia effettuati (es: disturbi della coagulazione, allergie a farmaci e/o anestetici ecc.).

Data _____

Firma e Timbro del Medico

Firma del Paziente

Firma del Tutore esercente la Potestà o del Genitore

REVOCA DEL CONSENSO RILASCIATO IN DATA _____ Firma del Paziente/Tutore Legale _____
