	MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO	M01 REV00 del 24.06.2020 U.O./STRUTTURA CODICE NOSOGRAFICO
---	--	---

COLLOQUIO INFORMATIVO

DATI PAZIENTE

COGNOME	NOME
----------------	-------------

DATA E LUOGO DI NASCITA

TRATTAMENTO SANITARIO PROPOSTO

SEDE E LATERALITÀ (*organo, parte anatomica interessata, tipo di accesso, etc.*)

- Si procede ad effettuare l'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo invocando lo stato di necessità, in quanto il/la paziente è impossibilitato/a ad esprimere il consenso, ovvero in assenza di chi possa legalmente esprimerlo (in tale ipotesi si interrompe a questo punto la compilazione del modulo)

TIPOLOGIA DI INFORMAZIONI FORNITE (*contrassegnare la tipologia*)

<input type="checkbox"/>	Indicazione (motivazione) del trattamento proposto e risultato/beneficio atteso
<input type="checkbox"/>	Modalità e tecniche di esecuzione del trattamento (<i>specificare anche se necessaria anestesia, uso di Radiazioni ionizzanti, ecc</i>)
<input type="checkbox"/>	Eventuali rischi e/o complicanze prevedibili nel caso specifico (<i>anche quelli anestesiológicos e/o legati all'eventuale uso di radiazioni ionizzanti, ecc</i>)
<input type="checkbox"/>	Eventuali possibili alternative al trattamento proposto (<i>prevedibili benefici/rischi comparati al trattamento proposto</i>)
<input type="checkbox"/>	Conseguenze prevedibili della mancata esecuzione del trattamento proposto
<input type="checkbox"/>	Altri eventuali aspetti trattati (<i>specificare</i>):

Inoltre (*contrassegnare l'opzione attuata*):

- È stato fornito al/la paziente, ovvero a chi esercita la responsabilità genitoriale, ovvero al rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore) **materiale informativo** appositamente predisposto dall'Unità Operativa relativamente al trattamento proposto
- In assenza di materiale informativo appositamente predisposto, si annota in cartella clinica** (o in altra tipologia di documentazione sanitaria) **la sintesi delle informazioni trasmesse verbalmente durante il colloquio**, facendo firmare per presa visione il/la paziente, ovvero chi esercita la responsabilità genitoriale, ovvero il rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore).

Il colloquio informativo si è svolto in data / /

Firma

Il/La paziente _____

Il/I Genitore/i _____

L'Amministratore di sostegno _____

Il Tutore _____

Alla presenza di * _____


*Firma e Timbro
del Medico*

In caso di necessità di ulteriori informazioni/quesiti, è possibile rivolgersi al n. telefonico.....

Il/La paziente ha espresso la necessità di ulteriori colloqui informativi? SI NO

Data di svolgimento di ulteriori colloqui	Firma Medico	Firma Paziente

*Persona di fiducia che il/la paziente ha eventualmente incaricato di poter ricevere informazioni ed esprimere eventuale consenso (*anche in sua vece*) nel caso in cui decida di non voler essere informato in merito alle proprie condizioni di salute. Registrare chiaramente in cartella clinica la volontà espressa dal paziente in tal senso e le generalità della persona incaricata (*art. 1 comma 3 Legge 219/2017*)

	MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO	M01 REV00 del 24.06.2020 U.O./STRUTTURA CODICE NOSOGRAFICO
---	--	---

CONSENSO/DISSENSO/REVOCA

Ho ben compreso quanto fino ad ora discusso e condiviso con i professionisti

dell'equipe curante ed in particolare dal Dott. _____ nel corso del colloquio informativo

<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	ALL'EFFETTUAZIONE, PRESSO QUESTA STRUTTURA, DEL TRATTAMENTO SANITARIO CHE È STATO PROPOSTO (specificare) _____
<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO	ALL'EFFETTUAZIONE, PRESSO QUESTA STRUTTURA, DEL TRATTAMENTO SANITARIO CHE È STATO PROPOSTO, ESSENDO STATO/A ADEGUATAMENTE INFORMATO/A E DUNQUE CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE DI SALUTE CHE POSSONO DERIVARE DA QUESTO DISSENSO

Firma

- Il/La paziente _____
- Il/I Genitore/i _____
- L'Amministratore di sostegno _____
- Il Tutore _____
- Alla eventuale presenza di _____

*Firma e Timbro
del Medico*

Data ___/___/___


REVOCA DEL CONSENSO	CONSAPEVOLE DEI POSSIBILI RISCHI PER LA SALUTE, DICHIARO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO PRESTATO IN PRECEDENZA AL TRATTAMENTO SANITARIO PROPOSTO
----------------------------	--

Firma

- Il/La paziente _____
- Il/I Genitore/i _____
- L'Amministratore di sostegno _____
- Il Tutore _____
- Alla eventuale presenza di _____

*Firma e Timbro
del Medico*

Data ___/___/___

	AUTORIZZAZIONE A TRATTAMENTI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI SU MINORE (PRESENZA DI UN SOLO GENITORE)	M03 Rev.00 del 24/06/2020.
---	--	-------------------------------

Il / la sottoscritto/a nato/a a
il..... e residente a Via

in qualità di

Genitore

del minore nato /a il

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

i trattamenti diagnostici e terapeutici sul minore proposti dai sanitari, previa informazione, in assenza dell'altro rappresentante legale, impossibilitato ad essere presente, a causa:


Lontananza

Gravi impedimenti

Incapacità di agire

Nome e cognome del dichiarante.....

Firma del dichiarante

	SEGNALAZIONE AL TRIBUNALE PER I MINORENNI, PROCURA DELLA REPUBBLICA PRESSO IL TRIBUNALE PER I MINORENNI E GIUDICE TUTELARE PRESSO IL TRIBUNALE ORDINARIO	M04 Rev.00 del 24/06/2020
---	---	-------------------------------------

- Al Tribunale per i minorenni (PEC _____)
- Alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni di Ragusa (PEC _____)
- Al Giudice Tutelare presso il Tribunale Ordinario di Ragusa (PEC _____)

Dichiaro che il paziente nato il

a residente a

è stato valutato in data e presenta criteri clinici che richiedono

.....

.....

I GENITORI

Madre nata il

a residente in

Padre nato il

a residente a

o HANNO ESPRESSO IL DISSENSO

Pertanto

.....

.....

.....

.....

Il Medico Richiedente
Timbro e firma

	DATI IDENTIFICATIVI DEL TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	M02 REV00 del 24.06.2020 U.O./STRUTTURA CODICE NOSOGRAFICO
---	--	---

DATI IDENTIFICATIVI DEL TUTORE O DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Cognome Nome..... nato/a
il residente in Via
recapito telefonico.....

Il soggetto sopra indicato dichiara:

- di avere la titolarità e l'esercizio della potestà sul paziente di cui sopra, essendo stato nominato tutore o amministratore di sostegno con provvedimento del giudice tutelare presso il Tribunale di adottato il n°, che allega in copia al presente atto, unicamente a fotocopia di un proprio documento di riconoscimento;
- di aver ricevuto informazioni sulle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i soggetti interdetti (o sottoposti ad amministrazione di sostegno);
- di aver ricevuto un'informazione chiara, completa, comprensibile ed esauriente;
- di essere stato informato della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento anche nell'immediatezza della procedura sanitaria che si sta ponendo in essere.

Eventuali osservazioni del tutore o amministratore di sostegno o curatore:

.....
.....

Allegati:

- Provvedimento di nomina del Giudice Tutelare;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del tutore o amministratore di sostegno o curatore.

NOME, COGNOME E FIRMA (LEGGIBILE) DEL TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CHE ACQUISISCE IL CONSENSO

.....

Data e luogo



CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST HIV (MINORI)

M08
REV.00
del 24.06.2020

La decisione di sottoporsi a un test HIV è volontaria.

L'esame più comune per l'HIV è il test per la ricerca degli anticorpi anti HIV.

- Il risultato negativo del test degli anticorpi HIV indica che probabilmente non si è subito contagiato da infezione HIV, sebbene non sia possibile individuare un'infezione recente. Se si ritiene di essere stati esposti al rischio di contagio HIV, si consiglia di effettuare l'esame nuovamente a tre mesi dall'ultima esposizione
- Un risultato positivo del test indica che si è contratta l'infezione da HIV e che si può trasmettere agli altri.
- A volte l'esito del test degli anticorpi HIV può risultare incerto o prevedere indagini di conferma.

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR
445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

DICHIARA

- di essere genitore del minore _____
nato a _____, il _____

- di essere: coniugato/a vedovo/a separato/a divorziato/a convivente in stato libero
- di essere in situazione di: affidamento congiunto genitore affidatario genitore non affidatario
- che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché
assente per: lontananza impedimento
- che, ai fini dell'applicazione della Legge del 8 febbraio 2006 n. 54 – Disposizioni in materia di separazione
dei genitori e affidamento condiviso dei figli, art. 1 (Modifiche al codice civile), limitatamente alle decisioni su
questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito: che il sottoscritto esercita la potestà
separatamente
altro: _____

Letto, confermato e sottoscritto _____
Luogo e data //la dichiarante (firma per esteso eleggibile)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ___/___/___ dichiara di essere stato informato dal dott. _____

che per completare l'iter diagnostico relativo alla patologia del/la figlio/a è necessaria la esecuzione di un test
per la ricerca degli anticorpi contro il virus dell'AIDS denominato HIV Ab 1-2 e pertanto

- acconsente
- non acconsente

alla esecuzione del test (legge 135/90).

L'esito verrà comunicato esclusivamente a me medesimo e ai medici che hanno in cura mio/a figlio/a. Il
sottoscritto dichiara di aver ben compreso quanto mi è stato spiegato in ordine al significato del test.

Firma dell'esercente la patria potestà/tutore _____

Firma del medico _____

Data ___/___/___



**Modulo di acquisizione del
Consenso Informato
TEST DELL'HIV**

M05
Rev.00 del 24.06.2020
Pag.1/2

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____
nato/a il _____ a (luogo di nascita) _____

ACCONSENTO

a sottopormi ad accertamenti sierologici per l'infezione da HIV, per i quali sono consapevole che è necessario procedere ad un prelievo ematico.

Dichiaro di aver ricevuto un'informazione comprensibile e particolareggiata sull'analisi diagnostica proposta e, inoltre, che mi è stata fornita la garanzia che l'esito di tali esami mi sarà comunicato direttamente e che su di esso sarà mantenuta la massima riservatezza, come previsto dalla normativa vigente.

Data/...../.....

Firma del/la paziente _____

Firma e timbro del Medico _____

NON ACCONSENTO

Ho ben compreso quanto descritto e mi è stato anche spiegato verbalmente, ma, seppure consapevole dei rischi per la mia salute, non acconsento all'effettuazione, presso questa Struttura, del Test di accertamento dell'infezione da HIV.

Sono, in particolare, stato/a adeguatamente informato/a su quali conseguenze possono derivare dal mio rifiuto all'esecuzione della procedura propositami.

Data/...../.....

Firma del/la paziente _____

Firma e timbro del Medico _____



**Modulo di acquisizione del
Consenso Informato
TEST DELL'HIV**

M05
Rev.00 del 24.06.2020
Pag.1/2

L'HIV (Human Immunodeficiency Virus) è il virus che causa l'AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), una malattia infettiva che attacca e compromette gravemente le difese del nostro organismo e che, se non curata, mette a rischio la vita. Una persona che contrae l'infezione da HIV diventa sieropositiva e può contagiare altre persone. Tutti possono contrarre l'HIV che si trasmette prevalentemente attraverso i rapporti sessuali non protetti (senza preservativo) con persone infette, tramite il sangue (ad esempio attraverso aghi adoperati da persone con HIV), oppure da madre con HIV al figlio durante la gravidanza, al momento del parto o attraverso l'allattamento. Attualmente sono disponibili cure mediche che, in una buona parte dei casi, risultano efficaci ad evitare che la positività all'HIV evolva in AIDS conclamato. **È importante tenere presente che la difesa migliore dall'infezione da HIV è la prevenzione; tuttavia, una diagnosi precoce dell'infezione, nel caso si sia stati esposti al rischio di contagio, facilita il corretto inizio dei trattamenti oggi disponibili.**

Effettuare il test dell'HIV è particolarmente importante per le donne in gravidanza. Esistono terapie specifiche per ridurre fortemente la trasmissione dell'HIV dalla mamma al bambino; è necessario, quindi, che la coppia che pensa di avere un figlio si sottoponga al test dell'HIV prima della gravidanza o al suo inizio, per tutelare la propria salute e quella del nascituro.

Il test dell'HIV: l'unico modo per sapere se si è contratto l'HIV è fare un'analisi che prevede uno o più prelievi successivi di campioni di sangue. Gli operatori sanitari di questa Azienda Ospedaliero-Universitaria dove viene effettuato il test dell'HIV sono a disposizione per fornirLe le spiegazioni relative ai risultati dell'indagine diagnostica.


Il risultato del test HIV

Se il risultato è:

NEGATIVO/NON REATTIVO, significa che Lei non ha contratto l'infezione da HIV;

POSITIVO/REATTIVO, occorre che Lei si rivolga quanto prima a un Centro di Malattie Infettive per ricevere le cure necessarie a controllare l'infezione.

Privacy e gratuità: il test HIV è gratuito e sono garantiti la massima tutela della privacy ed il segreto professionale, anche per le persone straniere prive di permesso di soggiorno. La Legge vigente protegge da discriminazioni derivanti dal risultato positivo all'HIV e assicura a tutte le persone, italiane e straniere, le eventuali terapie necessarie.

	CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE DI EMOCOMPONENTI E ALLA INFUSIONE DI EMODERIVATI (MAGGIORENNI)	M06 Rev00 del 24.06.2020
---	---	---

Il/La sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ il ____/____/____ sono stato informato/a
 dal dott. _____ che:

1. per le mie condizioni cliniche potrebbe essere necessario che io sia sottoposto a:
 - trasfusioni di sangue e di emocomponenti
 - somministrazione di emoderivati
2. che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione di virus di malattie infettive trasmissibili, quali AIDS, epatite B, epatite C ecc);
3. per ragioni di sicurezza, per poter eseguire la trasfusione di emocomponenti, presso questa Azienda, in aggiunta ai sistemi identificativi tradizionali, opera il sistema di sicuro riconoscimento **Securblood** (BBS srl - Blood Bank Service, San Donato Milanese, MI) che prevede la registrazione su un apposito dispositivo della mia impronta digitale. Tale sistema utilizza dei terminali portatili dotati di un lettore di codice a barre e di un sensore biometrico per il rilevamento di impronte digitali. Il sensore biometrico registra l'impronta e attraverso un apposito software converte l'immagine di una parte dell'impronta digitale rilevata in stringhe numeriche criptate che vengono memorizzate in un archivio protetto localizzato all'interno dell'apparecchio stesso. Quella che viene memorizzata pertanto non è l'impronta digitale, ma rappresentazioni numeriche, univoche ed unidirezionali dell'impronta stessa. Inoltre, a tale algoritmo che si viene a creare non viene associato alcun dato anagrafico sensibile, ma solamente il codice che identifica la richiesta trasfusionale e i miei campioni di sangue. La procedura appena descritta è irreversibile, in quanto l'immagine dell'impronta digitale una volta acquisita viene usata all'interno del terminale solo ed esclusivamente per il tempo strettamente necessario a creare il modello matematico ad essa collegato e viene distrutta immediatamente dopo. Gli algoritmi delle impronte digitali, i codici richiesta, i codici braccialetti vengono cancellati automaticamente trascorsi 7 giorni dalla registrazione della richiesta trasfusionale.

Ho letto e compreso la relativa informativa e ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal dott. _____ sia in ordine alle mie condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla trasfusione come a quelli che potrebbero derivarmi se non mi sottoponessi alla trasfusione. Pertanto,

- Acconsento
- Non acconsento

ad essere sottoposto alle trasfusioni o alla somministrazione emoderivati che si rendono necessarie per tutta la durata della terapia.



**CONSENSO INFORMATO ALLA
TRASFUSIONE DI EMOCOMPONENTI
E ALLA INFUSIONE DI EMODERIVATI
(MINORI)**

M07
Rev.00 del
24.06.2020

Il sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per
attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

DICHIARA

- di essere genitore del minore _____
nato a _____, il _____

- di essere: coniugato/a vedovo/a separato/a divorziato/a convivente in stato libero
- di essere in situazione di: affidamento congiunto genitore affidatario genitore non affidatario
- che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per: lontananza impedimento
- che, ai fini dell'applicazione della Legge del 8 febbraio 2006 n. 54 – Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli, art. 1 (Modifiche al codice civile), limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il Giudice ha stabilito:
 che il sottoscritto eserciti la potestà separatamente
altro: _____

Letto, confermato e sottoscritto _____
Luogo e data *Il/la dichiarante (firma per esteso eleggibile)*

DICHIARA inoltre di essere stato informato/a dal dott. _____ che:

1. per le condizioni cliniche di mio/a figlio/a è necessario sottoporlo/a a:
 - trasfusioni di sangue e di emocomponenti
 - somministrazione di emoderivati
2. tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione di virus di malattie infettive trasmissibili, quali AIDS, epatite B, epatite C ecc);
3. per ragioni di sicurezza, per poter eseguire la trasfusione di emocomponenti, presso questa Azienda, in aggiunta ai sistemi identificativi tradizionali (braccialetti con codice a barre), opera il sistema di sicuro riconoscimento Securblood (BBS srl - Blood Bank Service, San Donato Milanese, MI) che prevede la registrazione su un apposito dispositivo della impronta digitale. Tale sistema utilizza dei terminali portatili dotati di un lettore di codice a barre e di un sensore biometrico per il rilevamento di impronte



**CONSENSO INFORMATO ALLA
TRASFUSIONE DI EMOCOMPONENTI
E ALLA INFUSIONE DI EMODERIVATI
(MINORI)**

M07
Rev.00 del
24.06.2020

digitali. Il sensore biometrico registra l'impronta e attraverso un apposito software converte l'immagine di una parte dell'impronta digitale rilevata in stringhe numeriche criptate che vengono memorizzate in un archivio protetto localizzato all'interno dell'apparecchio stesso. Quella che viene memorizzata pertanto non è l'impronta digitale, ma rappresentazioni numeriche, univoche ed unidirezionali dell'impronta stessa. Inoltre, a tale algoritmo che si viene a creare non viene associato alcun dato anagrafico sensibile, ma solamente il codice che identifica la richiesta trasfusionale e i miei campioni di sangue. La procedura appena descritta è irreversibile, in quanto l'immagine dell'impronta digitale una volta acquisita viene usata all'interno del terminale solo ed esclusivamente per il tempo strettamente necessario a creare il modello matematico ad essa collegato e viene distrutta immediatamente dopo. Gli algoritmi delle impronte digitali, i codici richiesta, i codici braccialetti vengono cancellati automaticamente trascorsi 7 giorni dalla registrazione della richiesta trasfusionale.

Ho letto e compreso la relativa informativa e ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal dott. _____ sia in ordine alle condizioni cliniche di mio figlio/a, sia ai rischi connessi alla trasfusione come a quelli che potrebbero derivare se mio figlio/a non si sottoponesse alla trasfusione. Pertanto,

- Acconsento
 Non acconsento

che mio figlio/a sia sottoposta alle trasfusioni o alla somministrazione emoderivati che si rendono necessarie per tutta la durata della terapia.

NOTA: Nei casi che comportano trattamenti trasfusionali ripetuti, trasfusioni croniche ed essenziali per la vita del paziente (ad esempio per pazienti talassemici o pazienti ematologici trasfusione dipendenti cronici) il consenso viene acquisito una volta l'anno in occasione dell'inizio del primo ciclo di terapia. Negli altri casi il consenso va raccolto all'inizio del trattamento e si considera formulato per tutta la durata della terapia, salvo esplicita revoca da parte del paziente.

Data ____/____/____

Firma del genitore _____

Firma e timbro del medico _____

Il paziente può esercitare il proprio diritto di REVOCA del consenso in qualsiasi momento