



Struttura Semplice Dipartimentale di
Neuropsichiatria Infantile

Direttore Dott. Franco Giovannoni

VIA XXIV MAGGIO, 139 TEL. 0187 533662, FAX 0187 533065 (LA SPEZIA)
VIA VARIANTE AURELIA N° 153 -, TEL 0187/604914-15-16-17-18; FAX 0187/604281 (SARZANA)

**INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'INTERVENTO
PSICOTERAPEUTICO PER PAZIENTI IN ETA' EVOLUTIVA**

Dati identificativi:

Il/I sottoscritto/i.....
quale/i tutore/genitori del paziente minore di età.....
(allegare modello di autocertificazione nel caso in cui sia presente un solo genitore/ o
documentazione relativa ai poteri del legale rappresentante)

Dati sanitari (a cura del medico):

sintesi situazione clinica:

.....

atto sanitario proposto:

.....

Tipologia del trattamento

.....

Obiettivi perseguibili e probabili benefici:

.....

Probabili effetti collaterali:

.....

Possibili terapie alternative:

.....

Integrazione del trattamento con altri interventi:.....

Informativa:

Dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto, secondo quanto previsto dalla
procedura aziendale del consenso informato.

data: Timbro e firma del medico:

Espressione e acquisizione consenso informato

Io/I sottoscritto/i

dichiaro

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto, come specificato precedentemente, in merito alla modalità di somministrazione, agli effetti collaterali, ai possibili benefici, alla possibile integrazione con altri trattamenti, attraverso:

- l' informativa fornita;
- il colloquio con un medico;

di delegare al dott..... la direzione e il controllo del trattamento proposto e delle sue eventuali variazioni a seconda delle condizioni cliniche;

di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento.

Le mie domande, concernenti

.....

.....

hanno ricevuto da parte del Dott.

risposte chiare e precise.

Sulla base di quanto precede, liberamente, spontaneamente e in piena consapevolezza

ACCETTARE il trattamento

dichiaro di

NON ACCETTARE il trattamento

Data Firma/e.....

Timbro e Firma del medico

Io sottoscritto/a

in data dichiaro di voler **REVOCARE** il consenso.

Firma/e.....

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 d.lgs 196/2003): i dati personali raccolti verranno trattati nel rispetto dei principi di correttezza e liceità.

Copia di tali documenti sono depositati in segreteria della SSD Neuropsichiatria Infantile

Ospedale Felettino, La Spezia