

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE LIGURIA
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE



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
TERAPEUTICO-RIABILITATIVO 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 – trattamento logopedico individuale

- trattamento logopedico di gruppo
- trattamento di riabilitazione neuromotoria individuale
- trattamento di riabilitazione neuromotoria di gruppo
- trattamento di riabilitazione per disturbi neuropsicologici individuale
- trattamento di riabilitaz. per disturbi neuropsicologici di gruppo
- trattamento di riabilitazione psicoeducativo individuale
- trattamento di riabilitazione psico educativo-in piccolo gruppo
- trattamento di riabilitazione psicomotorio individuale
- trattamento di riabilitazione psicomotorio in piccolo gruppo
- trattamento di riabilitazione integrato logopedico- psicomotorio in piccolo gruppo

Obiettivi perseguibili e probabili benefici:

.....
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

dichiaro di

☐ ACCETTARE il trattamento

☐ NON ACCETTARE il trattamento

Data Firma/e.....

Timbro e Firma del medico

Io sottoscritto/a

in data dichiaro di voler R E V O C A R E 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.