



**Policlinico
di Monza**

Istituto di Ricovero e Cura ad Alta Specializzazione

**SCHEDA PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO IN PRESENZA DI
AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO - A.d.S. (850.23.01.03)**

(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

Cognome e Nome del/la paziente _____

Nato/a a _____ il _____

Cognome e Nome dell'AdS _____

Decreto di nomina n. _____

Il/la sottoscritto/a Dr. _____ dichiara di aver fornito al/la paziente ed al/la suo/a Amministratore di Sostegno un'adeguata e completa informazione relativamente alla situazione clinica e al trattamento sanitario proposto, tramite colloquio e consegna dell'informativa.

Data _____ Timbro e firma del medico _____

Io sottoscritto/a _____, unitamente all'AdS, dichiaro di aver ricevuto tramite materiale informativo e/o colloquio con il medico operatore sanitario, un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente sul mio stato di salute, sul trattamento sanitario proposto, il tipo di procedura, le sue finalità, i benefici, le sue modalità di esecuzione, i rischi e le complicanze, le probabilità di successo, le eventuali alternative terapeutiche, i possibili problemi relativi al recupero o alla piena guarigione.

Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento e di:

- Accettare
- Non accettare

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto e che nel corso della procedura, qualora sia necessario, possano essere apportate delle variazioni.

Data e luogo _____

Firma del paziente

Firma dell'AdS

Timbro e firma del medico

I dati raccolti nel presente modulo di autocertificazione saranno trattati con le modalità previste dalla normativa in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs.196/03) ed utilizzati unicamente per le finalità connesse all'autocertificazione medesima.



Policlinico di Monza S.p.A.
20900 Monza via Amati, 111
tel +39 039 28101 fax +39 039 2810470
www.policlinicodimonza.it
Sede legale: 20125 Milano
Viale Lunigiana, 46

R.E.A. di Milano n. 1471810
Registro Imprese di Milano
Cod. Fisc./Partita IVA 11514130159
Capitale sociale: € 22.882.962,00
Attività di direzione
e coordinamento: Servisan S.p.A.

Istituto Clinico di Verano Brianza
20843 Verano Brianza, Via Petrarca, 51
tel. +39 03628241
fax. +39 0362824400
Direttore Sanitario: Dott. Alfredo Lamastra
Spec. In Igiene e Org. Servizi Ospedalieri



Policlinico di Monza
Gruppo Sanitario