

	Pre-operatorio CONSENSO INFORMATO DAY SURGERY - AMBULATORIALE	Mod. 0057	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: <i>consenso ds</i>	
		Rev. 01	del 10/07/2025

Io sottoscritto _____

Nato/a il: _____ a: _____

Dichiaro di accettare l'intervento chirurgico di: _____

In anestesia: _____ per: _____

_____ nella modalità di **chirurgia di giorno - day surgery**.

Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a da: _____

In modo comprensibile ed esauriente:

1. Sul mio stato di salute
2. Sul tipo di procedura medico/chirurgica a cui verrò sottoposto/a
3. Sui benefici, le complicanze, i rischi, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi specificamente correlati all'intervento chirurgico
4. sulle possibili alternative terapeutiche e sulle conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta.

Confermo di aver compreso chiaramente anche le istruzioni relative:

- alle modalità di ricovero e dimissione
- al comportamento domiciliare e garantisco di disporre di una sufficiente organizzazione ed assistenza domiciliare in condizioni igienico/ambientali idonee con collegamento telefonico.

Ho inoltre avuto risposte esaurienti a tutti i miei quesiti.

Preso atto della situazione illustrata, accetto liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza, la procedura propostami.

Osservazioni:

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento.

Data _____

Firma del paziente/Tutore Legale

Timbro e firma del Medico

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