

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO	Mod. 0311	Pag. 1 di 2
		Parola chiave: <i>ORL 10</i>	
		Rev. 01	del 10/07/2025

Io sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

a seguito di colloqui con il Dottore _____

in cui mi sono stati illustrati la personale situazione clinica, la supposta patologia in atto, la necessità di eventuali accertamenti diagnostici, il tipo di trattamento (ivi compresa la eventuale terapia trasfusionale) l'anestesia proposta, le motivazioni, i benefici potenziali, le approssimative probabilità di riuscita del trattamento, i rischi connessi, le possibili complicanze, inconvenienti e menomazioni, le possibili terapie alternative, il probabile decorso e le precauzioni postoperatorie,

dichiaro

di essere stato/a informato/a in modo adeguato e comprensibile, di aver avuto risposte esaurienti per ogni richiesta di informazione formulata e di essermi reso pienamente conto dei possibili rischi e benefici, pertanto acconsento all'intervento di: _____

per: _____

Riconosco e accetto la facoltà del/i chirurgo/ghi o anestesista a modificare o estendere la procedura concordata, qualora dovessero verificarsi situazioni impreviste o imprevedibili.

Capisco che, non essendo la medicina e la chirurgia scienze esatte, per l'impossibilità di prevedere pienamente la reazione che i tessuti vivi avranno in seguito al trattamento, il risultato potrebbe non essere quello sperato.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza delle possibilità che tale intervento o terapie, come accade per tutte le discipline mediche, anche se attuati con perizia, diligenza e prudenza, non è esente da complicazioni che potrebbero anche risultare in un decesso. Acconsento comunque al fatto che, presentandosi un pericolo per la mia persona, vengano poste in essere tutte le pratiche ritenute idonee per tentare di scongiurare o minimizzare tale pericolo.

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO	Mod. 0311	Pag. 2 di 2
		Parola chiave: ORL 10	
		Rev. 01	del 10/07/2025

Autorizzo il chirurgo ad usare, se ritenuto utile o necessario, protesi o materiali omologhi o eterologhi.
 Autorizzo eventuali riprese foto-cinematografiche e loro divulgazione per fini didattico-scientifici,
 rinunciando ad ogni diritto su di esse.

Eventuali osservazioni: _____

Data _____

Firma e Timbro del Medico

Firma del Paziente

Firma del Tutore esercente la Potestà o del Genitore

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