



OCCHIO: Destro Sinistro Entrambi

Io sottoscritto/a

Nato/a il/...../..... Nazionalità

Lingua parlata dichiaro di essere stato/a

informato/a dal Dott. e di avere letto e

compreso l'informazione scritta allegata, in modo comprensibile ed adeguato su:

la mia situazione clinica attuale:

l'accertamento consigliato per la diagnosi : VISITA OCULISTICA IN ANESTESIA
GENERALE

il trattamento medico o chirurgico consigliato per la guarigione o per migliorare la
prognosi :

le alternative terapeutiche, a sostanziale parità di efficacia, e le ragioni che
motivano l'intervento :

le eventuali terapie da effettuare prima dell'intervento medico o chirurgico
consigliato :

i benefici attesi dall'intervento consigliato : MIGLIORE CONDIZIONE POSSIBILE
PER LA VISITA DEL BAMBINO E VALUTAZIONE DELLA CONDIZIONE CLINICA
ATTUALE PER LA DIAGNOSI, IL FOLLOW UP E LA EVENTUALE DECISIONE
CHIRURGICA.

- POTREBBE ESSERE NECESSARIO UN INTERVENTO CHIRURGICO
IMMEDIATO

i disagi, gli effetti indesiderati e le conseguenze inevitabili dell'intervento :

i possibili rischi e complicanze connessi all'intervento consigliato :

•la possibilità di dover modificare o ampliare l'intervento, così come già
programmato e autorizzato, di fronte a situazioni impreviste e al momento
difficilmente prevedibili :

•le prevedibili conseguenze della "non cura" : IMPOSSIBILITA' DI VALUTARE
CORRETTAMENTE LA SITUAZIONE CLINICA ATTUALE E/O CONSEGUENTE
IMPOSSIBILITA DI GESTIRE IL FOLLOW UP



Preso atto della situazione illustrata, chiedo ulteriori spiegazioni riguardo a:

.....
.....
.....



CONSENSO

Con la presente dichiarazione, da valere come manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà, io sottoscritto:

Do il consenso

Data _____

Padre / Tutore 1* Nome.....Cognome.....

Firma _____

Madre / Tutore 2* Nome.....Cognome.....

Firma _____

Firma del Medico _____

(timbro e firma leggibile)



a sottopormi all'intervento, dopo aver ricevuto adeguate informazioni dal Dott. _____ ed averle comprese. Sono stato altresì informato dallo stesso della possibilità di revocare in qualsiasi momento il consenso all'esecuzione dell'atto sanitario proposto.

*In caso di sottoscrizione di uno solo degli esercenti la patria potestà, con la presente sottoscrizione il firmatario dichiara di esercitare congiuntamente la patria potestà, ovvero di essere l'unico esercente la patria potestà esonerando da ogni responsabilità la struttura e i suoi medici per ogni atto conseguente alla mendace affermazione ed accollandosene gli oneri. In caso di esercizio della patria potestà disgiunto sarà indispensabile la sottoscrizione di entrambi gli esercenti la patria potestà ovvero di procura notarile dell'esercente la patria potestà che non sottoscrive ovvero di dichiarazione con la quale si attribuisce la facoltà di sottoscrivere il consenso all'altro genitore munita di dichiarazione d'autenticità della firma.