



## MODULO DI CONSENSO INFORMATO

- Covid-19

R02-PA29

Rev. 01

Pag. 1/2

### DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO

Cognome e Nome .....

Nato/a il ...../...../..... Città ..... (Prov. ....)

Residente a: Città ..... (Prov. ....) Via .....n. ....

#### IN QUALITA' DI:

- |                          |                                                                               |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Paziente maggiorenne (non inabilitato/a né interdetto/a)                      |
| <input type="checkbox"/> | Genitore del/della minorenni                                                  |
| <input type="checkbox"/> | Tutore del/della minorenni                                                    |
| <input type="checkbox"/> | Legale rappresentante (tutore per maggiorenne incapace di intendere e volere) |

#### DATI DEL PAZIENTE MINORENNE/INABILITATO/INTERDETTO:

Cognome Nome .....

Nato/a il ...../...../..... Città ..... (Prov. ....)

Residente a: Città ..... (Prov. ....) Via .....

che Le verranno fornite dal personale circa i nuovi percorsi e procedure messe in atto per minimizzare il rischio di contagio.

Nel pieno rispetto delle indicazioni Ministeriali e Regionali, infatti, **Valparma Hospital ha posto in essere tutte le misure necessarie per contrastare la diffusione di SARS-CoV2** (norme comportamentali, disinfezione degli ambienti, percorsi definiti, rispetto delle distanze). Il personale afferente a questa struttura si mantiene costantemente aggiornato sull'andamento della pandemia COVID-19 e sulle più efficaci misure per il contenimento del rischio di contagio.

Oltre alle procedure interne sono inoltre state poste in essere misure che contingentano gli accessi che possono avvenire solo previa verifica della temperatura corporea e della presenza di idonea mascherina.

**Tali misure intraprese sono, nel loro insieme, in grado di ridurre in modo importante la possibilità di contrarre l'infezione da SARS-CoV2 all'interno della nostra struttura, ma non di escludere completamente tale evenienza.**



## MODULO DI CONSENSO INFORMATO

- Covid-19

R02-PA29

Rev. 01

Pag. 2/2

Questa informativa non sostituisce né modifica l'informativa resa a fini di consenso per le cure, ma si riferisce soltanto al rischio di contrarre, tramite micro-goccioline salivari, il virus responsabile della Covid-19.

La/il sottoscritta/o .....confermando di volersi attenere alle indicazioni ricevute per l'accesso alle sale operative, impegnandosi a comunicare al medico ogni variazione del mio stato di salute, **dichiara di aver compreso l'informativa sopra riportata in merito al rischio di contagio della Covid-19 e di essere stata/o informata/o** in modo chiaro, preventivo e attuale sulle indicazioni del trattamento ed in particolare:

- sulla natura, evoluzione e complicanze della malattia da cui è affetto;
- sul tipo di intervento al quale deve essere sottoposto;
- sui rischi, benefici e limiti di tale intervento e su quelli di eventuali procedure alternative;
- sui rischi connessi al rifiuto di sottoporsi al trattamento medico e/o chirurgico proposto;
- sulla presenza di caratteristiche, ricavate dalla storia clinica, dall'esame obiettivo e dagli esami clinici e strumentali, che possono rappresentare fattori di rischio di morte o di complicanze postoperatorie.

Gli operatori sono a Sua disposizione per ogni chiarimento in merito Lei chieda, prima di sottoporsi all'atto sanitario proposto.

Di tutto ciò debitamente informata/o: ☐ **Acconsento**

☐ **Non acconsento**

### AL TRATTAMENTO SANITARIO

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente *oppure*

Firma del genitore/tutore/legale rappresentante<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Verificata la loro identità