

- che il documento scritto di informazione è stato spiegato e consegnato il.....
- di aver pienamente compreso le informazioni che sono state fornite sulla evoluzione naturale della malattia, sulle conseguenze, sui rischi e sulle possibili alternative terapeutiche e di condividere i possibili vantaggi e gli eventuali rischi o svantaggi derivanti dal trattamento con particolare riguardo a trattamenti da eseguire contemporaneamente in entrambi gli occhi
- di aver compreso che il miglior risultato visivo presumibilmente ottenibile con questo trattamento rispetto all'acuità visiva riportata in cartella clinica prima del trattamento può essere:
 - **il miglioramento dell'acuità visiva**
 - **il mantenimento dell'acuità visiva**
 - **il peggioramento dell'acuità visiva**
 - _____

- di aver potuto chiedere al Dr/Prof..... ulteriori chiarimenti sui seguenti punti
.....
e di aver avuto risposte chiare, complete ed esaurienti
- di essere informato/a/i sull'obbligo di osservare le prescrizioni postoperatorie e sulle conseguenze derivanti da negligenza nell'osservanza di dette prescrizioni
- di essere informato/a/i sull'obbligo di sottoporsi ai controlli postoperatori programmati e sulle conseguenze derivanti dal mancato rispetto delle visite di controllo
- di aver letto e compreso perfettamente tutto ciò che è stato spiegato e che tutti gli spazi in bianco sono stati completati o sbarrati prima della firma del presente atto
- di avere avuto il tempo necessario per riflettere e pertanto

si rilascia il consenso al trattamento di

.....

nell'occhio DESTRO

SINISTRO

ENTRAMBI

si autorizza

- il Dr/Prof.....e la sua equipe ad eseguire il trattamento oggetto dell'allegato documento di informazione
- la eventuale conversione dall'anestesia topica alla locale o alla generale e, in quest'ultimo caso, anche il trasferimento ad altra struttura adeguatamente attrezzata
- ad effettuare tutte le ulteriori terapie che si rendessero necessarie durante lo svolgimento del trattamento o a seguito del trattamento
- ad effettuare tutte le variazioni al trattamento anche in riferimento a tutti i materiali utilizzati nel corso del trattamento, inclusi quelli "impiantabili", che si rendessero necessarie durante lo svolgimento dello stesso

Data _____

Firma del paziente _____



In caso di paziente minore

Firma dei genitori del paziente minore

Padre

Madre

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.

In caso di conflitto tra i genitori sull'intervento in caso d'urgenza la decisione del padre se difforme da quella della madre prevale

In caso di conflitto tra i genitori sull'intervento e manchi l'urgenza il genitore che voglia sottoporre il minore al trattamento si deve rivolgere al Giudice Minorile il quale deciderà in sostituzione di questi.

Firma del tutore/curatore/amministratore di sostegno/responsabile dei servizi sociali e/o di comunità del paziente

Firma di chi riceve il presente documento _____

