

DOTT. SERGIO DELMONTE

*Specialista in Dermatologia e Venereologia
Master Universitario in Dermochirurgia
Docente Scuola di Specializzazione della Clinica Dermatologica
Studio Medico Specialistico
Via San Pio V, 32 – 10125 Torino (TO)
Tel: 3938794002*

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

.....
cognome e nome del paziente luogo e data di nascita telefono

- Io, sottoscritto In qualità di esercente la potestà sul minore In qualità di tutore del paziente

Sig.....nat... a.....il.....

dichiaro di essere stato informato in modo chiaro, comprensibile ed esauriente dal Dr.Sergio Delmonte nel corso della visita pre-operatoria su:

- la mia situazione clinica:.....
-
-
- l'atto terapeutico proposto:.....
-
- i benefici e gli obiettivi
- le conseguenze della mancata esecuzione,
- le eventuali alternative terapeutiche.....
- i rischi legati all'atto terapeutico proposto in anestesia locale (allergia, non radicalità, lipotimia/ictus)
- le complicanze operatorie (emorragia,)
- le complicanze post-operatorie (edema, infezione, ematoma, dolore, parestesie)
- gli esiti tardivi (diastasi della ferita, cicatrici ipertrofiche o cheloidee) che potrebbero manifestarsi anche se l'intervento è stato effettuato secondo tutte le tecniche dell'arte medica, con perizia, prudenza e diligenza.

Dichiaro di aver dettagliatamente informato il medico di tutti gli eventuali antecedenti patologici di rilievo a mia conoscenza, comprese reazioni allergiche o intolleranza a farmaci.
Dichiaro di aver letto e compreso interamente il presente documento e di aver ricevuto dal medico le spiegazioni richieste e utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato.
Acconsento inoltre, nel rispetto della legge 675/96 "della Privacy", che siano effettuate fotografie inerenti la mia situazione clinica per finalità di controlli a distanza di tempo o a scopo scientifico nell'assoluto anonimato.
Io sottoscritto dichiaro di accettare liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto terapeutico proposto consapevole che nel corso della procedura concordata potranno essere apportate variazioni per necessità insorte durante l'intervento o per rivalutazione clinica intraoperatoria.

Torino, li/...../ 20....

Firma del paziente (genitore, tutore.....)

Firma del Medico

leggere e spiegare durante la visita
dire al paziente di leggere l'informativa sul sito
non lasciare fogli al paziente
firmare entrambi al momento dell'intervento
consegnare copia del foglio firmato solo su richiesta del paziente

ALLEGATO

CHIRURGIA ONCOLOGICA:

sono stato in particolare informato che in caso di tumore maligno, è possibile che l'intervento al quale sono stato sottoposto non sia sufficiente alla completa eliminazione della lesione e che sia necessario un secondo intervento di radicalizzazione chirurgica.

CRIOTERAPIA / LASERTERAPIA

sono stato in particolare informato che una singola seduta di crioterapia potrebbe essere insufficiente e che siano necessarie più sedute per ottenere il risultato atteso.

Mi è stato spiegato che per ridurre il rischio di macchie cutanee dovrò evitare l'esposizione diretta ai raggi ultravioletti, sole e lampade abbronzanti, e dovrò utilizzare una crema a protezione solare totale ogniqualvolta stia all'aperto per almeno 2 mesi dall'intervento.

Si prega di riportare la ricetta ad ogni visita successiva