



REGIONE DEL VENETO

ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO
Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
UO Terapia del Dolore e Cure Palliative (con Hospice)



REGIONE DEL VENETO

CONSENSO INFORMATO ACCESSO IN HOSPICE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

DICHIARO

di essere stato/a informato/a dal dr./dr.ssa \_\_\_\_\_, dirigente medico dell'UO Cure Palliative in merito a:

- Scopo del trattamento proposto
benefici previsti
rischi/inconvenienti prevedibili per la persona, in base alle principali evidenze scientifiche
conseguenze del mancato trattamento
alternative possibili

DICHIARO INOLTRE

- di aver ricevuto chiare e complete informazioni sul programma di presa in carico in Cure Palliative e accesso in Hospice tramite la carta di accoglienza: trattamenti, luoghi, professionisti/operatori coinvolti
che prima di esprimere il presente consenso ho avuto il tempo necessario per decidere e l'opportunità di consultare un medico di fiducia
che le domande poste hanno avuto risposta esaustiva

FIRMANDO IL PRESENTE CONSENSO

Form containing authorization checkboxes (AUTORIZZO), dispensation section (DISPONGO INOLTRE) with sub-points a) and b), and non-authorization checkboxes (NON autorizzo).

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (Firma del paziente, o del familiare o dell'amministratore di sostegno/ tutore se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà)

Parte riservata al medico
Dal colloquio avuto è risultato che il paziente ha ricevuto e compreso le informazioni ricevute ed ha espresso liberamente il suo consenso. IL MEDICO\* DR. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\* il medico che firma e raccoglie il consenso può essere diverso da quello che ha prioritariamente informato il paziente