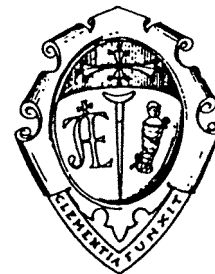




**AZIENDA  
OSPEDALIERA-UNIVERSITARIA  
PISANA**  
U.O. Oculistica Universitaria  
Direttore: Prof. Marco Nardi



**INFORMATIVA ESAME DEL BAMBINO IN ANESTESIA GENERALE**

Suo figlio soffre di una malattia oftalmologia all'origine di un calo della acutezza visiva o di un non sviluppo della acutezza visiva.

Il solo modo per rendere la diagnosi precisa è addormentare suo figlio.

Il trattamento che viene proposto è \_\_\_\_\_

Il responsabile del trattamento chirurgico è \_\_\_\_\_

Questo esame ha come scopo fare un bilancio dello stato degli occhi di suo figlio, di chiarire il tipo di anomalia e di proporre una eventuale indicazione chirurgica.

Con il suo consenso in ragione del carattere di urgenza di alcune malattie e dello stato generale precario di suo figlio un atto chirurgico immediato può essere necessario e in alcuni casi anche nei due occhi contemporaneamente.

Inoltre dei controlli regolari in anestesia generale potranno dimostrarsi necessari a seconda della evoluzione.

**Il Suo oculista è disposto a rispondere a ulteriori Sue domande.**

La legge obbliga il medico a fornire una prova di aver informato il paziente o i suoi familiari.

Quindi Le chiediamo di firmare questo documento in duplice copia, di cui una viene conservata dal suo medico.

Il sottoscritto paziente o parente (Cognome e Nome in stampatello) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

Cognome e nome di chi ha fornito le informazioni (medico) \_\_\_\_\_

Firma di chi ha fornito le informazioni \_\_\_\_\_

**LA PRESENTE INFORMATIVA E' STATA APPROVATA DALLA SOCIETA' OFTALMOLOGICA ITALIANA SOI-AMOI ENTE MORALE RICONOSCIUTO DAL MINISTERO DEI BENI CULTURALI**

La SOI, Società Oftalmologica Italiana, riconosciuta come ente morale dal Ministero dei Beni Culturali, richiede nel suo interesse che prima di sottoporsi all'intervento, vengano fornite le necessarie informazioni e firmi il consenso all'intervento.

**E' quindi invitato a leggere accuratamente il presente scritto e consegnarlo firmato prima dell'atto operatorio.**

## ATTO DI CONSENSO ESAME BAMBINO IN ANESTESIA GENERALE

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

riconosco che la natura dell'esame o dell'intervento, compresi i rischi, mi sono stati spiegati in termini che ho capito, e che il medico ha risposto in modo soddisfacente a tutte le domande che gli ho posto.

Ho disposto di una proroga sufficiente per riflettere e pertanto do il mio consenso all'esecuzione dell'esame in anestesia generale.

Dichiaro al riguardo di essere stato posto a conoscenza, tra l'altro:

- delle conseguenze derivanti da mia eventuale negligenza relativamente ai consigli sulle pratiche post-operatorie prescritte all'occorrenza dal chirurgo nel corso dei controlli post-operatori, che saranno programmati e a cui debbo attenermi;
- della possibilità di porre domande riguardo alle problematiche relative a questo intervento rilasciatemi dal

Dott. \_\_\_\_\_ Firma del Dott. \_\_\_\_\_

Che ha rilasciato spiegazioni su:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cognome e Nome

del paziente

del tutore del paziente inabilitato

dei genitori del paziente minorenni esercenti la patria potestà

in stampatello \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del Paziente/tutore/genitore \_\_\_\_\_

Firma dell'altro genitore \_\_\_\_\_

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.

Nome di chi riceve la dichiarazione di consenso (in stampatello) \_\_\_\_\_

Firma di chi riceve la dichiarazione di consenso \_\_\_\_\_