



Queensland
Government

Consent (Italian) - Consenso

Adult (18 years and over)

Facility:

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

A. Il paziente ha capacità?

- Sì → **VAI ALLA sezione B**
 No → **COMPLETARE la sezione A**

Devi aderire alla Direttiva sanitaria avanzata (AHD), o se non c'è AHD, il consenso ottenuto da una persona sostitutiva che decide nel seguente ordine: Categoria 1. Tutore nominato dal Tribunale; Categoria 2. Procura duratura; Categoria 3. Avvocato legale per la salute

Nome della persona sostitutiva che decide:

Categoria di persona sostitutiva che decide:

B. E' richiesto un interprete?

Se sì, l'interprete ha:

- fornito di persona una traduzione a vista del modulo di consenso informato
 tradotto il modulo di consenso informato al telefono

Nome dell'interprete:

Codice dell'interprete: Lingua:

C. Il paziente/la persona sostitutiva che decide richiede le seguenti procedure(s)

[Titolo della procedura]

Sito/lato della procedura:

- Sì (completare la sezione H, domanda 2) No

D. Rischi specifici dei pazienti che hanno la procedura

(Dottore/clinico devono documentare nello spazio previsto i rischi aggiuntivi non inclusi nel foglio informativo del cliente):

E. Rischi specifici dei pazienti che non hanno la procedura

(Medico/dottore che documenta ai rischi specifici nel non fare una procedura):

F. Opzioni di trattamento alternativo

(Dottore/clinico devono documentare nello spazio previsto il trattamento alternativo non incluso nel foglio informativo del cliente):

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

v10.00 [Translated: 2022]
Clinical content review: 2018
Clinical check: 01/2021
Published: 04/2021



SW9436

CONSENT



Consent (Italian) - Consenso

Adult (18 years and over)

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

G. Informazioni per il medico/clinico

Le informazioni in questo modulo per il consenso non si intendono in sostituzione delle comunicazioni dirette tra medico/clinico ed il paziente/persona sostitutiva che decide.

Ho spiegato al paziente/persona sostitutiva che decide il contenuto di questo modulo e ritengo che l'informazione sia stata capita.

Nome del medico/clinico:

Designazione:

Designazione:

Data:

H. Consenso del paziente/persona sostitutiva che decide

Riconosco che il medico/clinico ha spiegato:

- Il foglio informativo intitolato procedura
- la condizione medica ed il trattamento proposto, compresa la possibilità di trattamento aggiuntivo
- esame dei rischi e benefici specifici della procedura
- la prognosi ed i rischi di non fare la procedura
- opzioni di trattamento alternativo
- che non c'è garanzia che la procedura migliorerà la condizione medica
- che la procedura può comportare una trasfusione di sangue
- che tessuti/sangue possono essere prelevati ed usati per la diagnosi la gestione della condizione
- che se si verifica un evento pericoloso per la vita durante la procedura/ trattamento/indagine/esame, verrò trattato in base alle discussioni documentate (ad es. AHD o ARP [Piano di rianimazione acuta])
- che un medico/clinico diverso dal consulente/specialista può assistere/condurre la procedura/il trattamento/l'indagine/l'esame clinicamente appropriato; ciò può includere che un medico/clinico intraprenda ulteriore addestramento sotto supervisione
- che se il medico/clinico desidera registrare video, audio o immagini durante la procedura laddove la registrazione non è richiesta quale parte del trattamento (ad es. a scopo di addestramento o di ricerca), mi verrà chiesto di firmare un modulo per il consenso separato.

Ho potuto fare domande e sollevare dubbi con il medico/clinico.

Capisco che ho il diritto di cambiare idea riguardo al consenso in qualunque momento, compreso dopo aver firmato questo modulo (ciò dovrebbe aver luogo in consultazione con il medico/clinico).

Io/la persona sostitutiva che decide ho ricevuto i seguenti fogli informativi del paziente e per il consenso:

"Titolo della procedura":

"Sulla tua anestesia"

"Trasfusione di sangue fresco e prodotti sanguigni"

In base alle dichiarazioni suddette,

1) Io/la persona sostitutiva che decide acconsento ad avere procedura

Nome del paziente/persona sostitutiva che decide:

Firma:

Data:

2) Esame/procedura dello student a scopo di addestramento professionale:

Allo scopo di addestramento, uno studente clinico può osservare esami medici o procedura e può anche, con il consenso del paziente/ persona sostitutiva che decide assistere/condurre un mentre il paziente è sotto anestesia.

Io/persona sostitutiva che decide allo studente clinico in addestramento di:

- osservare esami/procedure Sí No
- assistere ad esami/procedure Sí No
- condurre esami/procedure Sí No

Una copia di questo modulo deve essere data al paziente/persona sostitutiva che decide che lo legge con attenzione e per dare tempo di fare domande sulla procedura. Il foglio informativo del paziente e per il consenso devono essere inclusi nella cartella medica del paziente.



1. Qual'è la procedura e come aiuterà me/il paziente?



2. Quali sono i rischi?

Ci sono rischi e complicazioni con questa procedura. Ci possono essere anche rischi specifici per la condizione individuale della persona e per le sue circostanze. Si prega di discuterle con il medico/clinico ed assicurarsi che siano scritte sul modulo per il consenso prima di firmarlo. I rischi includono ma non sono limitati a quanto segue:

Rischi e complicazioni comuni

(adattare i rischi relativi alla procedura)

- possono verificarsi infezioni, che richiedono antibiotici ed ulteriori trattamenti
- può verificarsi sanguinamento e può richiedere il ritorno alla sala operatoria. Il sanguinamento può anche comportare il bisogno di una trasfusione di sangue
- il sanguinamento è più comune se hai assunto farmaci per fluidificare il sangue, quali warfarin, aspirina, clopidogrel (Plavix, Iscover, Coplavix, prasugrel (Effient), dipyridamole (Persantin o Asasantin), ticagrelor (Brilinta), apixaban (Eliquis), dabigatran (Pradaxa), rivaroxaban (Xarelto) o medicine complementari/alternative, quali olio di pesce e curcuma.

- piccole aree dei polmoni possono collassare, aumentando il rischio di infezione toracica. Ciò può richiedere l'uso di antibiotici e di fisioterapia
- maggior rischio di infezione alle ferite, al torace, complicazioni al cuore ed ai polmoni e coaguli di sangue nelle gambe o polmoni per chi è obeso e/o fumatore.

Rischi e complicazioni insoliti

(adattare i rischi relativi alla procedura)

Rischi e complicazioni rari

(adattare i rischi relativi alla procedura)

- può verificarsi un attacco di cuore o un ictus a causa della tensione sul cuore
- un coagulo di sangue nella gamba che causa dolore e gonfiore.
- la morte a seguito di questa procedura è rara.

Anestesia

La procedura:

- richiederà l'anestesia
- richiederà l'anestesia
- non richiede l'anestesia

Per ulteriori informazioni sull'anestesia e sui relativi rischi, fare riferimento al foglio informativo sull'anestesia che è stato fornito. Discuti qualsiasi dubbio con il medico/clinico.

Se non ti è stato fornito un foglio informativo sull'anestesia, chiedilo.

Quali sono i rischi di non fare la procedura?

Ci possono essere conseguenze se decidi di non fare la procedura/trattamento/indagine/esame proposta. Sei pregato di parlarne con il medico/clinico.

Se decidi di non fare la procedura, non dovrai firmare il modulo per il consenso.

Se hai già firmato il modulo per il consenso, hai il diritto di cambiare idea in qualsiasi momento prima della procedura/trattamento/indagine/esame. Sei pregato di contattare il medico/clinico per parlarne.



3. Ci sono alternative?

Decidere di fare la procedura richiede che il paziente/la persona sostitutiva che decide capisca le opzioni disponibili. Sei pregato di discutere eventuali trattamenti alternativi con il tuo medico/clinico prima di firmare il modulo per il consenso.



4. Cosa mi devo aspettare dopo la procedura?

Il tuo gruppo sanitario ti parlerà di ciò che puoi aspettarti dopo la procedura e dopo la dimissione dall'ospedale.



5. Chi eseguirà la procedura?

Un medico/clinico diverso dal consulente/ specialista può assistere/condurre la procedura/il trattamento/l'indagine/l'esame clinicamente appropriato.

Potrebbe essere un medico/clinico in ulteriore addestramento, tuttavia tutti i tirocinanti sono supervisionati secondo le direttive professionali pertinenti.

Se nutri dubbi su quale medico/clinico effettuerà la procedura, parlane con il medico/clinico.

Allo scopo di intraprendere ulteriore addestramento professionale in questo ospedale universitario, uno studente clinico può osservare esami o procedure mediche e può anche, con il tuo consenso, assistere/

condurre un esame o una procedura su di un paziente mentre è sotto anestesia.

Se decidi di non acconsentire, non influirà negativamente in alcun modo sul tuo accesso, sui risultati o sui diritti alle cure mediche. Non sei tenuto ad acconsentire ad un esame o ad una procedura effettuata da uno studente clinico a scopo di addestramento.



6. Dove posso trovare sostegno o ulteriori informazioni?

Assistenza ospedaliera: prima, durante e dopo è disponibile nel sito di Queensland Health www.qld.gov.au/health/services/hospital-care/before-after dove puoi leggere riguardo ai tuoi diritti di assistenza sanitaria.

Puoi anche vedere un elenco di farmaci per la fluidificazione del sangue a www.health.qld.gov.au/consent/bloodthinner

Il personale è a disposizione per sostenere le esigenze culturali e spirituali del paziente. Se desideri avere sostegno culturale o spirituale, parlane con il tuo medico/clinico.

Queensland Health riconosce che i pazienti aborigeni o isolani dello Stretto di Torres troveranno la migliore assistenza clinica quando la loro cultura viene inclusa durante il processo decisionale condiviso.



7. Domande

Parla con il medico/clinico se non capisci qualsiasi aspetto di questo foglio informativo del paziente o se hai domande da fare sulle opzioni di trattamento per la tua condizione medica o quella del paziente e sulla procedura/trattamento/indagine/esame proposto.



8. Contattaci

In caso di emergenza, chiama Triplo Zero (000).

Se non è una emergenza, ma sei preoccupato, contatta 13 HEALTH (13 43 25 84), 24 ore al giorno, 7 giorni la settimana.