



DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER L'AVVIO DEL TRATTAMENTO DIALITICO

Nome Cognome

Patologia

Io sottoscritto/a

DICHIARO DI ESSERE STATO/A INFORMATO/A DA

IN MODO COMPRENSIBILE E COMPLETO:

- 1. sulla mia malattia
- 2. che le terapie a cui posso sottopormi a causa della ridotta funzione dei reni (in questa o in altra sede) sono:

- EMODIALISI : a) OSPEDALIERA
b) DOMICILIARE
c) AMBULATORIALE: *centro ad assistenza limitata
*ambulatorio privato accreditato
- DIALISI PERITONEALE DOMICILIARE: * manuale
* automatizzata D

TRAPIANTO RENALE: * da donatore vivente
* da donatore deceduto

- 3. sui vantaggi, gli svantaggi ed i rischi che ciascuno di questi trattamenti può determinare
- 4. sulle possibili conseguenze del rifiuto di sottopormi alla terapia sostitutiva

DI AVER AVUTO LA POSSIBILITA' DI PRENDERE VISIONE DI:

- LI libri
(note:.....)
- 1—1 video
(note:.....)
- colloqui
(note:.....)



CHE LA VALUTAZIONE CLINICA EFFETTUATA DAL MEDICO RESPONSABILE DEL MIO TRATTAMENTO CONSENTE IL RICORSO ALLE SEGUENTI TERAPIE:

Tipo di programma

- Emodialisi Ospedaliera
- Emodialisi Domiciliare
- Emodialisi in centri ad assistenza limitata
- Emodialisi in centro privato
- Dialisi Peritoneale Manuale
- Dialisi Peritoneale Automatizzata
- Trapianto renale da donatore vivente
- Trapianto renale da donatore cadavere

CONFERMO DI AVER AVUTO RISPOSTE COMPLETE A TUTTE LE MIE DOMANDE. SO CHE POSSONO ESSERE NECESSARI EVENTUALI CAMBIAMENTI DEL TRATTAMENTO SCELTO A CAUSA DI PROBLEMI CLINICI O PERSONALI. QUESTI CAMBIAMENTI SARANNO DISCUSSI E DECISI CON ME.

CONSENSO AL TIPO DI TRATTAMENTO

ESSENDO A CONOSCENZA DI QUANTO SOPRA ESPOSTO, ACCETTO LIBERAMENTE, SPONTANEAMENTE E IN PIENA COSCIENZA DI SOTTOPORMI A

Tipo di programma

- Emodialisi Ospedaliera
- Emodialisi Domiciliare
- Emodialisi in centri ad assistenza limitata
- Emodialisi in centro privato
- Dialisi Peritoneale Manuale
- Dialisi Peritoneale Automatizzata
- Trapianto renale da donatore vivente
- Trapianto renale da donatore cadavere

Note :

Data

Firma del paziente

Genitori o Legale rappresentante

Timbro e firma del Medico