

**CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON
BIFOSFONATI**

originale

copia controllata _____ N. _____

copia non controllata _____ distribuzione interna a cura del RQ

bozza

Il presente modulo, compilato dal Medico Oncologo, è il modulo di Consenso Informato al trattamento con bifosfonati ed è parte integrante della procedura per la prevenzione dell'osteonecrosi della mandibola/mascella da bifosfonati nei pazienti oncologici PGS-7-04.

Redazione

Dr. Carmelo Busacca, RQ U.O.C. Oncologia P.O. di Caltagirone
Dr. Mario Caponcello, Specialista Ambulatoriale Interno Odontoiatria
Dr. Giuseppe Caputo, RQ U.O.C. Oncologia Medica P.O. di Caltagirone
Dr. Giovanni D'Avola, Specialista Ambulatoriale Interno Reumatologia
Dr.ssa Emilia Fisicaro, Referente Aziendale Rischio Clinico
Dr. Salvatore Grasso, Dirigente Medico U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. di Acireale
Dr.ssa Maria Agata Mangano, Referente Qualità UOC Coordinamento Staff
Dr. Giovanni Mirabile, Specialista Ambulatoriale Interno Odontoiatria
Sig.ra Raimondo Filippina Simona, Infermiera Prof.le Centro di Odontoiatria Catania
Dr. Filippo Rasà, RQ Dipartimento del Farmaco
Dr. Antonino Rizzo, Medico di Medicina Generale
Dr. Aurora Scalisi, Direttore U.O.C. Patologie Oncologiche- Dipartimento Cure Primarie
Dr. Patrizia Sciarrello, Direttore U.O.C. Prevenzione e Cura Patologie Odontoiatriche e Sociali-Dipartimento Cure Primarie.

Verifica

Dr. Alfio Cristaudo, Responsabile U.O. Sistema Qualità Aziendale

Approvazione

Dr. Domenico Barbagallo, Direttore Sanitario

Ratifica

Dr. Gaetano Sirna, Commissario Straordinario

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI BIFOSFONATI**

PARTE I – DATI IDENTIFICATIVI

Dati identificativi del paziente:

Cognome e nome

Luogo di nascita

Data di nascita

Residenza

Dati dei genitori (in caso di minori di età):

Padre Data nascita

Madre Data nascita

NB: in caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione.

Dati del legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale):

.....
.....

NB: va allegata la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante.

PARTE II – DATI SANITARI (A CURA DEL MEDICO)

Sintesi situazione clinica:

.....
.....
.....

Atti sanitari proposti: Somministrazione di bifosfonati per via endovenosa

Informativa: dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale del consenso informato.

Si allega alla presente:

1. Foglio informativo somministrazione di bifosfonati per via endovenosa (datato e firmato dal paziente)
2. Modulo di visita Odontoiatrica e comunicazione al Medico di Medicina Generale;
3. Referto di ortopantomografia.

Data:

Timbro e firma del medico:

**PARTE III – ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ED EVENTUALE
REVOCA**

Io sottoscritto/a
dichiaro:

- a) di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario
proposto attraverso:
l'formativa fornita il colloquio con un medico
- b) di essere a conoscenza della possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi
momento prima dell'intervento;
- c) di **ACCETTARE** **NON ACCETTARE**
liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

Osservazioni:

.....

Data Firma/e

Timbro e Firma del medico

.....

Revoca del consenso informato

Io sottoscritto/a

in data

Dichiaro di voler revocare il consenso.

Firma/e (cfr. parte 1)

**PARTE IV – EVENTUALI PRESTAZIONI SUCCESSIVE PER LE QUALI È PREVISTO IL
CONSENSO INFORMATO SCRITTO.**

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ED EVENTUALE REVOCA.

A) Dati sanitari (a cura del medico)

Aggiornamento situazione clinica:

.....
.....

Atto sanitario aggiuntivo proposto:

.....
.....

Informativa: dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto, secondo
quanto previsto dalla procedura aziendale del consenso informato.

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON
BIFOSFONATI

Data:

Timbro e firma del medico:

B) Espressione e acquisizione del consenso informato ed eventuale revoca.

Io sottoscritto/a
dichiaro:

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto attraverso:

l' informativa fornita il colloquio con un medico

d) di essere a conoscenza della possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento;

e) di **ACCETTARE** **NON ACCETTARE**
liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

Osservazioni:

.....

Data Firma/e

Timbro e Firma del medico

.....

Revoca del consenso informato

Io sottoscritto/a

in data

Dichiaro di voler revocare il consenso.

Firma/e (cfr. parte 1)

.....



MODULO

**CONSENSO I NFORMATO AL TRATTAMENTO CON
BIFOSFONATI**

M_PGS-7-04_02

**Ed. 0 Rev. 00
Data 05 maggio 2014**

Indice di revisione

Ed.0 Rev. 00

Motivo della revisione

Emissione

Data

05/05/2014

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON
BIFOSFONATI

Redazione

Data

Carmelo Busacca

Mario Caponcello

Giuseppe Caputo

Giovanni D'Avola

Emilia Fiscaro

Salvatore Grasso

Giovanni Mirabile

Filippina Simona
Raionondo

Filippo Rasà

Antonino Rizzo

Aurora Scalisi

Patrizia Sciavarello

MARIA AGATA
MANGANO
Verifica

Data

Alfio Cristaudo

Approvazione

Data

Domenico Barbagallo

Ratifica

Data

Gaetano Sirna

[Handwritten signatures and names for the Redazione section: Carmelo Busacca, Mario Caponcello, Giuseppe Caputo, Giovanni D'Avola, Emilia Fiscaro, Salvatore Grasso, Giovanni Mirabile, Filippina Simona Raionondo, Filippo Rasà, Antonino Rizzo, Aurora Scalisi, Patrizia Sciavarello, MARIA AGATA MANGANO]

[Handwritten signature for Alfio Cristaudo]

[Handwritten signature for Domenico Barbagallo]

[Handwritten signature for Gaetano Sirna]



MODULO

**CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON
BIFOSFONATI**

M_PGS-7-04_02

Ed. 0 Rev. 00
Data 05 maggio 2014
