

**struttura nella quale si effettua l'intervento chirurgico:** - Casa di Cura Salus - via Bonaparte 4 Trieste-

**dati PAZIENTE:**

**dati TUTORE:**

**dati CHIRURGO:** dr **PAOLO PERISSUTTI** Oculista medico chirurgo - via DI Scorcola 8/2 34134 Trieste

**tipo di intervento proposto :**

**in data:**

**DOMANDE CONSIGLIATE AL PAZIENTE PER OTTENERE IL CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO CHIRURGICO - VERIFICA AVVENUTA PRESA D'ATTO**

spiegato dal medico/operatore/chirurgo	recepito dal paziente
il paziente è a conoscenza della tipologia del ricovero per l'intervento proposto: ro - dh- ds - amb	si
il paziente dà il suo consenso generico ai prelievi ed agli accertamenti clinici proposti	si
il paziente dà il consenso generico per indagini semeiologiche strumentali proposte da attuare	si
il paziente è a conoscenza della diagnosi di ingresso e della malattia di cui è affetto	si
il paziente è a conoscenza delle indicazioni all'intervento chirurgico proposto	si
il paziente conosce l'equipe chirurgica specialistica e lo staff di supporto che effettueranno l'intervento	si
il paziente è a conoscenza della tipologia della struttura chirurgica e della sala operatoria per l'intervento	si
il paziente è a conoscenza della metodica chirurgica proposta	si
il paziente è a conoscenza delle principali e più frequenti complicanze dell'intervento proposto	si
il paziente è a conoscenza delle complicanze e degli eventi avversi rari dell'intervento proposto	si
il paziente è a conoscenza delle possibili recidive o dell'eventuale ritorno allo status pre intervento	si
il paziente è a conoscenza della casistica ed esperienze del chirurgo in questo tipo di intervento proposto	si
il paziente è a conoscenza che l'intervento non è eseguito a scopo estetico	si
il paziente conosce la tipologia e la motivazione delle eventuali registrazioni cine fotografiche intraoperatorie	si
il paziente è al corrente di tutto quanto è necessario sapere per essere pronto all'intervento e all'anestesia	si
al paziente è stato descritto il suo stato di coscienza durante l'intervento	si
al paziente sono state descritte le situazioni previste nel post chirurgico immediato	si
al paziente sono state descritte le caratteristiche e necessità per un corretto controllo post-chirurgico	si
il paziente deve avere dall'anestesista un atto specifico di consenso informato anestesilogico	si
il paziente deve essere in possesso di un documento descrittivo sulla natura della sua affezione	si

**data del ricovero.**

**data dell' intervento chirurgico:**

**data della dimissione :**

.

**Per presa di totale conoscenza di quanto qui sopra descritto per punti sottoscrivono con la loro firma:**

**il chirurgo:**

**(dr Paolo Perissutti)**

**il paziente/tutore:**

**sig.**