

CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO CAPILLARE PRESSO LA FARMACIA COMUNALE DI MAGENTA N.2

Il/La sottoscritto/a Sig./ra…………… ……………………………………………………………, nato/a……………… (prov…..), il……………, residente a ……………………………,(prov..…), in via/piazza………………………,n.………………………………………,

recapito telefonico……………………

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(2) in qualità di tutore del paziente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

informato riguardo il tipo di trattamento medico-diagnostico da eseguire e precisamente riguardo:

* Prelievo capillare;

DICHIARO di avere ricevuto un’informazione comprensibile ed esauriente relativa alla modalità di prelievo e alle possibili controindicazioni.

DICHIARO che mi è stata assicurata la disponibilità del personale medico della Farmacia a fornirmi ogni ulteriore informazione qualora lo richieda.

DICHIARO di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima del prelievo e di chiedere ogni informazione qualora lo desideri.

DI (barrare la scelta) ACCETTARE NON ACCETTARE

liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza il prelievo capillare.

Firma/e del/i soggetto/i interessato/i o legale rappresentante

 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

 NB ho inserito tutte le casistiche possibili…..vedi (1) e (2)