

Struttura: SOC PEDIATRIA	Tipo di documento: ALLEGATO	Codice: ALL D PO 19-PED 02	
Titolo documento Procedura per il Trasporto Neonatale Secondario E STEN	Pagina 1 di 1	Revisione: 02	Data: 20/10/2020
Redatta da: Dirigente Medico SOC Pediatria	Approvata da: Direttore Dipartimento DMI	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatelyzza Rischio Clinico	



MODULO DI CONSENSO INFORMATO AL TRASPORTO INTEROSPEDALIERO

Presidio ospedaliero	VERBANIA – DOMODOSSOLA
Unità Operativa	Pediatria – Punto Nascita
Direttore	Dott. Andrea Guala

Io sottoscritt _____
madre/padre/tutore del ___ bambin _____

DICHIARO

di essere stat ___ informat ___ dal Dott. _____
dirigente medico dell'UO di Peditaira/Punto Nascita, della necessità/opportunità di procedere al
trasferimento di mi ___ figli ___ presso il Presidio Ospedaliero di _____
per il seguente motivo _____

Mi è stato evidenziato che il trasferimento avverrà con l'utilizzo di
 ambulanza elicottero
e che l'assistenza durante il trasporto verrà garantita dalla presenza di

Medico Dr _____ Infermiere Soccorritore

DICHIARO INOLTRE

- ✓ che sono stat ___ informata, in modo chiaro, esaustivo ed a me comprensibile, della necessità di trasferimento, delle alternative e dei potenziali rischi connessi alla fase stessa di trasferimento, inclusi quelli derivati al ricorso di mezzi di trasporto sanitario che verrà utilizzato
- ✓ che sono pienamente consapevole del fatto che un eventuale rifiuto non precluderebbe in alcun modo il rapporto di fiducia medico/paziente;
- ✓ di non aver subito da parte del medico alcuna pressione di tipo psicologico per indirizzare la mia scelta;
- ✓ di aver compreso l'effettivaragione di tale provvedimento.

Pertanto avendo ottenuto un quadro completo e del tutto esauriente della situazione ed avendo ricevuto esauritive e comprensibili risposte alle mie domande

- ACCONSENTO AL TRASFERIMENTO
 NON ACCONSENTO AL TRASFERIMENTO

Io padre/Madre dichiaro di esercitare la potestà genitoriale e che l'altro genitore è informato

Firma del Padre/tutore _____

Firma della Madre/tutore _____

Firma del Medico _____

Data e Luogo _____