



CONSENSO INFORMATO ALLA PRESCRIZIONE/SOMMINISTRAZIONE PROFILATTICA DI IMMUNOGLOBULINE ANTITETANICHE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

Documento _____ Numero _____

Rilasciato a _____ il _____

- Avendo dichiarato di non essere vaccinato/a per Tetano ovvero di non avere mai eseguito una vaccinazione antitetanica completa
- Essendo stato informato dal Dr. _____ in servizio presso _____ che per le lesioni in atto è necessario eseguire la profilassi antitetanica e che questa terapia consigliata non è completamente esente da rischi (trattandosi di un emoderivato , compresa la possibile trasmissione dei virus dell'epatite , dell'immunodeficienza o di altri virus o patogeni a trasmissione ematica non conosciuti e pertanto non testati)
- Avendo ben compreso le spiegazioni del medico proponente in merito alla necessità di eseguire la terapia consigliata , ai rischi connessi sia alla mancata esecuzione che a quelli derivanti dalla somministrazione di immunoglobuline
- Essendo stato informato che dopo la somministrazione di immunoglobuline le vaccinazioni con virus attenuati (Antimorbillo , Antiparotite , Antirosolia) dovrebbero essere somministrati non prima di 6 settimane
- Essendo stato informato che la sicurezza delle immunoglobuline durante la gravidanza non è stata oggetto di prove cliniche specifiche e pertanto durante tale periodo se ne consiglia la somministrazione solo nei casi strettamente necessari .

ACCONSENTE

Alla prescrizione / somministrazione intramuscolare di Ig antitetaniche

Luogo e data _____

Firma paziente _____



**CONSENSO INFORMATO ALLA CONTRACCEZIONE CON ULIPRISTAL ACETATO
(PZ MINORENNE CON ETA' TRA I 13 E I 17 ANNI)**

La sottoscritta _____ nata a _____ il ____/____/____
Documento _____ n. _____ Rilasciato a _____ con scadenza
il ____/____/____

Richiede la prescrizione di Ulipristal Acetato (Pillola dei 5 giorni dopo) e a tale fine :

Dichiara

Di avere esposto correttamente ed esaurientemente al medico tutte le circostanze in merito alle motivazioni della richiesta e **di essere stata adeguatamente informata** dal D0tt. _____ in servizio presso _____ come da riferimento del registro n _____ del giorno ____/____/____

- Sul significato della “Pillola dei 5 giorni dopo “ (Ulipristal) che rappresenta una contraccezione di emergenza e non deve in nessun caso sostituire l’uso di un metodo anticoncezionale regolare
- Circa le modalità , gli svantaggi e i possibili rischi generali e specifici , gli effetti collaterali , le controindicazioni immediate e tardive della assunzione della pillola dei 5 giorni dopo
- Sugli effetti collaterali più comuni che possono verificarsi : nausea , vomito , astenia , cefalea , dolori addominali , perdite ematiche uterine , vertigini , tensione mammaria , alterazioni del ciclo , tromboembolismo , e altri meno frequenti come diarrea e perdite vaginali ma che comunque non è possibile escludere altri effetti collaterali ancora non noti , diversi per tipologia o gravità
- Sulle controindicazioni ed in particolare che le trombofilie congenite (rilevabili solo dopo esami che non possono essere eseguiti in urgenza) sono una controindicazione alla assunzione del farmaco
- Che anche l’assunzione corretta e tempestiva della “pillola dei 5giorni” non dà certezza assoluta dell’efficacia del farmaco e che pertanto potrebbe essere necessario verificare con indagini specifiche e differite la non insorgenza di gravidanza.

Il sottoscritto Dr _____ ha verificato che la scelta di non informare i genitori della minore deriva da una precisa richiesta della stessa e che tale espressione di volontà proviene da una persona con buona maturità psichica e con piena capacità di discernimento e autodeterminazione (sogg non interdetto e non inabilitato).

Luogo e data _____

Firma del paziente _____

Firma del medico _____



CONSENSO INFORMATO ALLA CONTRACCEZIONE CON LEVONORGESTREL (PZ MINORENNE CON ETA' TRA I 13 E I 17 ANNI)

La sottoscritta _____ nata a _____ il ____/____/____
Documento _____ n. _____ Rilasciato a _____ con scadenza
il ____/____/____

Richiede la prescrizione di Levonorgestrel (Pillola dei giorno dopo) e a tale fine :

Dichiara

Di avere esposto correttamente ed esaurientemente al medico tutte le circostanze in merito alle motivazioni della richiesta e **di essere stata adeguatamente informata** dal D0tt. _____ in servizio presso _____ come da riferimento del registro n _____ del giorno ____/____/____

- Sul significato della "Pillola del giorno dopo " (Levonorgestrel) che rappresenta una contraccezione di emergenza e non deve in nessun caso sostituire l'uso di un metodo anticoncezionale regolare
- Circa le modalità , gli svantaggi e i possibili rischi generali e specifici , gli effetti collaterali , le controindicazioni immediate e tardive della assunzione della pillola del giorno dopo
- Sugli effetti collaterali più comuni che possono verificarsi : nausea , vomito , astenia , cefalea , dolori addominali , perdite ematiche uterine , vertigini , tensione mammaria , alterazioni del ciclo , tromboembolismo , e altri meno frequenti come diarrea e perdite vaginali ma che comunque non è possibile escludere altri effetti collaterali ancora non noti , diversi per tipologia o gravità
- Sulle controindicazioni ed in particolare che le trombofilie congenite (rilevabili solo dopo esami che non possono essere eseguiti in urgenza) sono una controindicazione alla assunzione del farmaco
- Che anche l'assunzione corretta e tempestiva della "pillola del giorno dopo" non dà certezza assoluta dell'efficacia del farmaco e che pertanto potrebbe essere necessario verificare con indagini specifiche e differite la non insorgenza di gravidanza.

Il sottoscritto Dr _____ ha verificato che la scelta di non informare i genitori della minore deriva da una precisa richiesta della stessa e che tale espressione di volontà proviene da una persona con buona maturità psichica e con piena capacità di discernimento e autodeterminazione (sogg non interdetto e non inabilitato).

Luogo e data _____

Firma del paziente _____

Firma del medico _____



CONSENSO INFORMATO ALLA CONTRACCEZIONE CON LEVONORGESTREL (PZ MINORENNE CON ETA'INFERIORE AI 13 ANNI)

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ Il ____/____/____
Documento _____ Numero _____ Rilasciato a _____
con scadenza il ____/____/____ In qualità di _____

RICHIEDE LA PRESCRIZIONE DI LEVONORGESTREL

Per la minore _____ Nata a _____ Il ____/____/____
Documento _____ Numero _____
Rilasciato a _____ con scadenza il ____/____/____

DICHIARA

Di avere esposto correttamente ed esaurientemente al medico tutte le circostanze in merito
alle motivazioni della richiesta per l'interesse della minore,

e di essere stato/a adeguatamente informato/a

Dal Dott. _____ in servizio presso _____
Come da riferimento del registro numero _____ del giorno ____/____/____

- Sul significato della "Pillola del giorno dopo " (Levonorgestrel) che rappresenta una contraccezione di emergenza e non deve in nessun caso sostituire l'uso di un metodo anticoncezionale regolare
- Circa le modalità , gli svantaggi e i possibili rischi generali e specifici , gli effetti collaterali , le controindicazioni immediate e tardive della assunzione della pillola del giorno dopo
- Sugli effetti collaterali più comuni che possono verificarsi : nausea , vomito , astenia , cefalea , dolori addominali , perdite ematiche uterine , vertigini , tensione mammaria , alterazioni del ciclo , tromboembolismo , e altri meno frequenti come diarrea e perdite vaginali ma che comunque non è possibile escludere altri effetti collaterali ancora non noti , diversi per tipologia o gravità
- Sulle controindicazioni ed in particolare che le trombofilie congenite (rilevabili solo dopo esami che non possono essere eseguiti in urgenza) sono una controindicazione alla assunzione del farmaco
- Che anche l'assunzione corretta e tempestiva della "pillola del giorno dopo" non dà certezza assoluta dell'efficacia del farmaco e che pertanto potrebbe essere necessario verificare con indagini specifiche e differite la non insorgenza di gravidanza

Luogo e Data _____

Firma del medico _____

Firma del legale rappr. _____



**CONSENSO INFORMATO ALLA CONTRACCEZIONE
CON ULIPRISTAL ACETATO
(PZ MINORENNE CON ETA'INFERIORE AI 13 ANNI)**

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ Il ___/___/___
Documento _____ Numero _____ Rilasciato a _____
con scadenza il ___/___/___ In qualità di _____

RICHIESTE LA PRESCRIZIONE DI ULIPRISTAL ACETATO

Per la minore _____ Nata a _____ Il ___/___/___
Documento _____ Numero _____
Rilasciato a _____ con scadenza il ___/___/___

DICHIARA

Di avere esposto correttamente ed esaurientemente al medico tutte le circostanze in merito
alle motivazioni della richiesta per l'interesse della minore,

e di essere stato/a adeguatamente informato/a

Dal Dott. _____ in servizio presso _____
Come da riferimento del registro numero _____ del giorno ___/___/___

- Sul significato della "Pillola dei 5 giorni dopo " (Ulipristal) che rappresenta una contraccezione di emergenza e non deve in nessun caso sostituire l'uso di un metodo anticoncezionale regolare
- Circa le modalità , gli svantaggi e i possibili rischi generali e specifici , gli effetti collaterali , le controindicazioni immediate e tardive della assunzione della pillola dei 5 giorni dopo .
- Sugli effetti collaterali più comuni che possono verificarsi : nausea , vomito , astenia , cefalea , dolori addominali , perdite ematiche uterine , vertigini , tensione mammaria , alterazioni del ciclo , tromboembolismo , e altri meno frequenti come diarrea e perdite vaginali ma che comunque non è possibile escludere altri effetti collaterali ancora non noti , diversi per tipologia o gravità
- Sulle controindicazioni ed in particolare che le trombofilie congenite (rilevabili solo dopo esami che non possono essere eseguiti in urgenza) sono una controindicazione alla assunzione del farmaco
- Che anche l'assunzione corretta e tempestiva della "pillola dei 5 giorni dopo" non dà certezza assoluta dell'efficacia del farmaco e che pertanto potrebbe essere necessario verificare con indagini specifiche e differite la non insorgenza di gravidanza.

Luogo e Data _____

Firma del medico _____

Firma del legale rappr. _____