

## CONSENSO INFORMATO SUL RISCHIO COVID-19

Io sottoscritto ..... capisco e sono del tutto consapevole che sto decidendo di sottopormi ad un trattamento / procedura / chirurgia elettiva che non è urgente e che potrebbe essere non necessario dal punto di vista medico. Sono consapevole che è diffuso il Coronavirus COVID-19 e che è stato dichiarato uno stato di pandemia mondiale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Sono consapevole che COVID-19 è estremamente contagioso e che si diffonde per contatto da persona a persona e, di conseguenza, le Autorità sanitarie italiane raccomandano di mantenere la distanza sociale.

Sono stato informato e riconosco che la Dott.ssa Giulia Boscaini e tutto lo staff del suo studio medico stanno monitorando attentamente questa situazione e ho verificato che hanno messo in atto le misure preventive indicate dalle Autorità Sanitarie volte a ridurre la diffusione di COVID-19. Tuttavia, data la natura del virus, sono consapevole che esiste un rischio di infezione da COVID-19 che io potrei contrarre a seguito di questo trattamento / procedura / chirurgia elettiva o anche in occasione di qualsiasi altro contatto sociale che io possa avere anche in altro luogo esterno. Con la sottoscrizione della presente dichiaro di essere consapevole e me ne assumo il rischio di poter venire comunque infettato dal COVID-19 e do il mio espresso consenso alla Dott.ssa Giulia Boscaini per sottopormi ugualmente alla procedura da me desiderata.

Comprendo che, anche se sono stato testato per il COVID-19 e ho ricevuto un risultato negativo, i test in alcuni casi potrebbero non rilevare il virus o potrei aver contratto COVID-19 dopo il test. Sono stato informato e capisco che se dovessi avere un'infezione COVID-19, anche se ora non ho alcun sintomo, con questo trattamento / procedura / chirurgia elettiva posso avere maggiori probabilità di complicanze e morte.

Comprendo che potrebbe essere possibile il contagio al COVID-19 o in occasione della procedura o nei giorni successivi e che, in caso si manifesti, sarà necessario sottopormi ad una quarantena, ad un autoisolamento, a test aggiuntivi, a ricovero in ospedale che può richiedere sia terapia medica sia terapia intensiva, con possibile necessità di supporto ventilatorio per intubazione a breve o lungo termine, nonché altre potenziali complicanze e il rischio di Morte. Sono inoltre consapevole e sono stato informato che, dopo il trattamento / procedura / chirurgia elettiva al quale sto prestando il consenso con la mia sottoscrizione, potrei aver bisogno di cure aggiuntive che potrebbero richiedere di rivolgermi al pronto soccorso o in ospedale.

Sono stato informato e comprendo che COVID-19 può causarmi rischi aggiuntivi, alcuni o molti dei quali potrebbero non essere attualmente noti e che si aggiungono ai rischi specifici del trattamento / procedura / chirurgia da me richiesta.

Mi è stata data la possibilità di rinviare il mio trattamento / procedura / intervento chirurgico a una data successiva e sono stato informato e ne ho capito tutti i rischi potenziali, inclusi ma non limitati alle potenziali complicanze a breve e lungo termine correlate COVID-19. Voglio tuttavia procedere ugualmente con il trattamento / procedura / chirurgia che io desidero.

Data .....

Per conferma della mia decisione .....

Il Medico che ha informato .....