

Studio Legale

Avv. Andrea C. Maggisano
Perf. in Scienze Amm. presso
l'Università di Roma "La Sapienza"
Avvocato Cassazionista

Roma, li **26 SET. 2012**

Spett.le
FIMP Roma e Provincia
c.a. Segretario Dott.ssa Teresa Rongai
Via Carlo Bartolomeo Piazza, 30
00169 ROMA

Comunicazione via e.mail

Oggetto: **consenso informato.**

Gent.ma Dottoressa,
rispondo alla Sua richiesta di parere sulla questione del consenso informato per precisare quanto segue.

Il consenso deve essere prestato in forma scritta solo nelle ipotesi in cui l'esame clinico o la terapia medica possano comportare gravi conseguenze per la salute e l'incolumità della persona.

Se il consenso è rifiutato, il medico ha l'obbligo di non eseguire o di interrompere l'esame clinico o la terapia in questione.

Il consenso scritto è obbligatorio quando si dona o si riceve sangue, si partecipa alla sperimentazione di un farmaco o negli accertamenti di un'infezione da HIV, trapianto del rene tra viventi, interruzione volontaria della gravidanza, rettificazione in materia di attribuzione di sesso e nella procreazione medicalmente assistita.



Studio Legale

Avv. Andrea C. Maggisano

Nelle altre ipotesi, soprattutto quando è consolidato il rapporto di fiducia tra il medico e l'ammalato, **il consenso può essere solo verbale ma deve essere espresso direttamente al medico. In ogni caso, il consenso informato dato dal malato deve essere attuale, deve cioè riguardare una situazione presente e non una futura .**

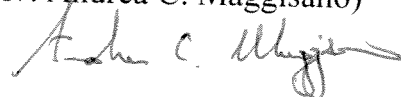
Per le vaccinazioni infantili facoltative i genitori sono tenuti a rilasciare il consenso informato in forma scritta.

Occorre precisare che per gli interventi di routine non è necessario un consenso espresso ma si suppone la sussistenza di una forma implicita di consenso.

Le allego modulo standard per la raccolta del consenso informato alla vaccinazione infantile.

Rimanendo a disposizione per qualunque altro chiarimento, l'occasione mi è gradita per inviarLe i miei più cordiali saluti.

(Avv. Andrea C. Maggisano)



CONSENSO INFORMATO

IL SOTTOSCRITTO.....

GENITORE DEL MINORE.....

DICHIARA DI ESSERE STATO DEBITAMENTE INFORMATO DAL DOTT.....,
PEDIATRA DI FAMIGLIA AVENTE IN CURA IL MINORE SU SPECIFICATO, CON UN
COLLOQUIO ORALE ESAUSTIVO E CON DEL MATERIALE CARTACEO CONSEGNATOMI
SULLA MALATTIA INFLUENZALE E SULLA SUA PREVENZIONE. IN PARTICOLARE IL
PEDIATRA SI E' SOFFERMATO SULLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE IN TUTTI I
SUOI ASPETTI (PERCHE' VACCINARE, CHI VACCINARE, CONTROINDICAZIONI E
PRECAUZIONI, EFFETTI INDESIDERATI).

PERTANTO, RITENENDOMI PIENAMENTE SODDISFATTO DELLE INFORMAZIONI
RICEVUTE, DO IL MIO CONSENSO AFFINCHE' IL DOTT.

PRATICHI LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE A MIO/A
FIGLIO/A.....

Data.....

Il genitore (padre / madre)

il pediatra