



SSGO



FMH



OSP

Société suisse de gynécologie & obstétrique (SSGO)  
Fédération des médecins suisses (FMH)  
Organisation Suisse des Patients (OSP)

## Protocollo informativo per :

**Cognome:**

**Nome:**

**Data di nascita:**

---

**Motivi per l'intervento:**

---

---

---

---

**Operazione:**

---

---

**Rischi e complicazioni:** (emorragie, infezioni, lesioni di organi vicini, nervi, ecc.)

---

---

**Dopo l'intervento:** (degenza, drenaggi, nutrizione artificiale, sala di risveglio, incapacità lavorativa, ecc.)

---

---

**Costi: è stata chiarita la questione concernente la copertura dei costi?**

---

**Domande:**

---

---

**Colloquio informativo** Traduttore/interprete:

**Operazione proposta:**

---

**Schizzo dell'operazione:** (metodo, incisione, parte asportata, ricostruita, ecc., lato sinistro, destro)

**Osservazioni del medico** sul colloquio informativo (p. es. rinuncia motivata alle spiegazioni; situazione personale a rischio: età, cardiopatia, obesità, ecc.).

---

---

---

Altra possibilità di trattamento:

---

---

Data:

Ora:

Durata del colloquio:

---

### Incarico di trattamento

Il dottor/La dottoressa \_\_\_\_\_ si è intrattenuto(a) con me in un colloquio informativo. Ho capito le spiegazioni e posto tutte le domande che mi interessavano. Mi è stata consegnata una copia del protocollo sul colloquio informativo.

Acconsento all'intervento previsto, come pure a eventuali cambiamenti ed estensioni, qualora si rivelassero necessari durante l'operazione.

Luogo, data:

Paziente:

---

Il testo a tergo è stato discusso con la paziente, le domande sono state chiarite e spiegate. La paziente ha ricevuto una copia del protocollo informativo sull'operazione che la riguarda.

Data, ora:

Medico:

---