

CONSENSO INFORMATO PER VISITA PSICHIATRICA - MINORI (Dai 16 anni compiuti)

Il paziente

COGNOME		NOME	
Nato/a a		in data	
Residente a		in via	

Per il paziente qui sopra indicato, il sottoscritto

COGNOME		NOME	
Nato/a a		in data	
Residente a		in via	

In qualità di suo:

genitore caregiver tutore curatore amministratore di sostegno (altro)

e il sottoscritto

COGNOME		NOME	
Nato/a a		in data	
Residente a		in via	

In qualità di suo:

genitore (altro) _____

affidandosi alla/al **dott.ssa/dott.** _____

Medico Chirurgo, Specialista in Psichiatria

sono/è informati/a/o sui seguenti punti:

1. La visita Psichiatrica è una prestazione sanitaria, effettuata dal medico specialista in Psichiatria, un settore della medicina che studia i disturbi neuropsicologici, psicologici e psichiatrici, dalle problematiche più semplici e transitorie a quelle di maggior complessità, radicamento e peso.
2. Ci si rivolge al Medico Psichiatra per una valutazione diagnostica e terapeutica, che può prevedere un successivo approfondimento diagnostico testistico e/o strumentale ed eventualmente, in seguito, indicare la necessità di un trattamento terapeutico adeguato. Esso può comprendere interventi psicologici/psicoterapici e/o trattamenti farmacologici, secondo specifiche linee guida internazionali.
3. Durante la prima visita il Medico Psichiatra interrogherà con i referenti adulti del minore che lo hanno accompagnato in visita in una prima fase, per poi interagire direttamente con il minore adolescente al fine di approfondire con lo stesso le problematiche presenti che hanno portato alla richiesta della visita. E' a discrezione del Medico Psichiatra decidere, in base alla casistica e alla problematica presentata se effettuare separatamente o congiuntamente il colloquio con i genitori e il minore.
4. Al termine della visita il Medico Psichiatra restituirà ai genitori e al minore congiuntamente un'eventuale ipotesi di inquadramento diagnostico, la necessità di eventuali approfondimenti diagnostici testistici e/o strumentati e proporrà il percorso terapeutico più indicato per l'eventuale problematica riscontrata in visita.
5. Tale processo diagnostico-terapeutico avverrà secondo le indicazioni delle principali Linee Guida Internazionali, del Codice di deontologia medica, dei principi della medicina basata sulle evidenze

[Società e Salute S.p.A.](#)

Sede legale: via Temperanza, 6 - 20127 Milano - cmsantagostino@legalmail.it

Capitale sociale i.v. Euro 2.423.893,30 - Registro delle Imprese di Milano, C.F. 05128650966 - P.IVA 03740811207 - R.E.A. 1798600

Società unipersonale soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo

Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046

Approvato dalla Direzione Sanitaria



santagostino.it

(Evidence-based medicine, EBM) e quelli di trasparenza, appropriatezza, efficacia ed efficienza.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

Avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità della stessa, esprimiamo il libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata.

ACCONSENTIAMO

NON ACCONSENTIAMO

Luogo e data _____

FIRMA DEL PROFESSIONISTA

FIRMA DEI GENITORI

(rappresentante legale/tutore)

[Società e Salute S.p.A.](#)

Sede legale: via Temperanza, 6 - 20127 Milano - cmsantagostino@legalmail.it

Capitale sociale i.v. Euro 2.423.893,30 - Registro delle Imprese di Milano, C.F. 05128650966 - P.IVA 03740811207 - R.E.A. 1798600

Società unipersonale soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo

Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046

Approvato dalla Direzione Sanitaria



santagostino.it

2 di 2