

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE**

NOME E COGNOME DEL PAZIENTE _____	DATA _____
Quali sono le sue condizioni di salute:	<input type="checkbox"/> molto compromesse <input type="checkbox"/> compromesse <input type="checkbox"/> discrete <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> altro _____
Trattamento proposto:	ESPILANTO NEUROSTIMOLATORE PROVVISORIO E/O DEFINITIVO
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni?	<input type="checkbox"/> INSUCCESSO TERAPEUTICO <input type="checkbox"/> INFEZIONE
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Aggravamento delle condizioni di vita Dolore persistente
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati avversi?	<ul style="list-style-type: none">• Episodi vagali con svenimento• Reazioni allergiche• Infezioni di ferita• Ematoma o sanguinamento di ferita
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento? •	Medico*: _____ Infermiera: _____

* Nel caso di intervento chirurgico l'operatore che informa **deve essere presente** nella équipe che interviene

Qualora lo ritenga necessario, l'équipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
