Autorizzazione al consenso al trattamento medico di un minore in caso di emergenza

**(Traduzione «Treatment of Minor»)**

*In casi eccezionali possono verificarsi emergenze che richiedono un ricovero ospedaliero e/o un’operazione. Considerato che senza il consenso scritto dei genitori o di un tutore non è ammesso sottoporre un minore ad anestesia o operazioni, si invitano i genitori o il tutore a firmare la presente dichiarazione. Prima di qualsiasi trattamento medico di rilievo, viene comunque Viene intrapreso ogni sforzo possibile per contattare i genitori o il tutore. Questa dichiarazione serve a evitare pericolosi ritardi nei casi in cui, al verificarsi di un’emergenza, non si riescano a contattare i genitori.*

Noi, sottoscritti genitori/Io, sottoscritto tutore di ................................................, minore, autorizziamo con la presente dichiarazione la signora/il signor ……………. e la signora/il signor ……………. quali rappresentanti dei sottoscritti/del sottoscritto, a dare il consenso a esami radiologici, anestesie, diagnosi mediche o chirurgiche, trattamento o ricovero ospedaliero, nei casi in cui ciò risulti opportuno nell’immediato su indicazione di un medico generico o di un chirurgo.

Si tratta chiaramente di un’autorizzazione fornita in anticipo per autorizzare i suddetti rappresentanti ad acconsentire ai trattamenti medici di cui sopra che il medico, in buona fede, consideri necessari.

La presente autorizzazione è valida dal ………… al …………….. 2018, a meno ché non venga//se non viene ritirata prima per iscritto.

1. Nostra figlia/Nostro figlio assume attualmente i seguenti medicamenti:
2. per:
3. Dosi/frequenza:
4. Ha recentemente subito un’operazione (quando):
5. Ha le seguenti allergie:
6. Altre comunicazioni utili per eventuali trattamenti medici urgenti:

Firma dei genitori/del tutore: ……………………………………………………

Data:……………………………………………………