

# Passaggi S.r.l.

SEDE LEGALE : Roma – Via Quinto Fabio Pittore n. 28 - SEDE AMMINISTRATIVA : Carsoli (AQ) – Via Roma n. 111

SEDI OPERATIVE : ORICOLA (AQ) Via Tiburtina Valeria Km. 68,200 - CARSOLI (AQ) Via Colle Farola, s.n.c.

## CONSENSO INFORMATO GENERALE ALLE CURE

STRUTTURA : \_\_\_\_\_

Io sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Documento d' identità : \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

In qualità di :  Diretto interessato

Rappresentante legale del/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

## DICHIARO LIBERAMENTE ED IN PIENA CONSAPEVOLEZZA

DI VOLER ESSERE INFORMATO sulle condizioni di salute e sui trattamenti da intraprendere.

DI NON VOLER ESSERE INFORMATO sulle condizioni di salute e sui trattamenti da intraprendere, affidandomi totalmente alla competenza dell'èquipe coordinata dal Dr \_\_\_\_\_ al fine della auspicata risoluzione del quadro sofferto e quindi accettando le cure che l'èquipe riterrà complessivamente di dover disporre.

DI AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni alle persone di seguito riportate :

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_

DI NON AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni ad altre persone.

## DICHIARO INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA DEL FATTO CHE

• Sono in un percorso di cura presso \_\_\_\_\_

• Il motivo del ricovero/percorso di cura è legato alla necessità di cure per il trattamento della seguente patologia : \_\_\_\_\_ ovvero dei seguenti disturbi principali : \_\_\_\_\_

• Il medico referente del mio percorso di cura in questa fase è il Dott./Dott.ssa : \_\_\_\_\_

• Il referente infermieristico è : \_\_\_\_\_

• Il medico referente e il coordinatore infermieristico sono disponibili, in orari stabiliti, per fornire tutti i chiarimenti sull'andamento delle cure necessarie al sottoscritto, nonché ai soli familiari e conoscenti da me espressamente delegati/autorizzati.

• L'anamnesi è il racconto della mia malattia, dei miei sintomi/disturbi e di tutti i fatti di rilevanza medica della mia vita, anche di quelli lontani nel tempo e che però possono risultare importanti per la comprensione del quadro clinico; l'anamnesi è completa se c'è piena disponibilità da parte mia a fornire tutte le informazioni; un'anamnesi completa può rappresentare la chiave per la soluzione o il miglioramento del mio problema clinico per il quale sono presso la Struttura.

• Durante il percorso di cura potrò essere sottoposto ai seguenti accertamenti e trattamenti :

- terapia farmacologica somministrata secondo prescrizione medica; visita medica psichiatrica; colloqui con psicologi; tampone; rilevazione dei parametri vitali (pressione, temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria); assistenza infermieristica.

• E' importante che comunichi al medico notizie relative ai farmaci che assumo abitualmente, anche se si tratta solo di lassativi, antidolorifici o sciroppi per la tosse, allo scopo di rendere possibile la riconciliazione terapeutica in corso di permanenza nella Struttura.

- E' in ogni caso imprescindibile che aderisca alle prescrizioni igienico - comportamentali impartite dai curanti, essenziali anche allo scopo di ridurre il rischio di ulteriori patologie tra cui le infezioni correlate all'assistenza o cadute accidentali.
- Tutte le informazioni che trasmetterò ai curanti e al personale di assistenza e tutti i dati che i curanti ed il personale di assistenza ricaveranno dagli accertamenti e dai trattamenti che saranno eseguiti sulla mia persona sono riservati e coperti dal segreto professionale; potranno essere utilizzati per eventuali scopi di ricerca e studio ma solo nel rispetto della anonimizzazione.
- Durante il percorso di cura potrò essere sottoposto ad accertamenti e cure da parte dei curanti alla presenza di tirocinanti.
- Dichiaro, inoltre, di aver compreso le informazioni che mi sono state date e di essere stato/a informato/a della possibilità di rivolgere, in ogni momento, ulteriori domande di chiarimento al medico referente come pure di ricevere comunicazioni tempestive di eventuali variazioni del programma diagnostico-terapeutico routinario.  
Io stesso/a, in qualsiasi momento potrò decidere di interrompere, se tecnicamente possibile, i trattamenti che mi sono stati proposti, senza pregiudicare il rapporto con l'èquipe di diagnosi, cura e assistenza.

**AVENDO COMPRESO CHIARAMENTE QUANTO MI E' STATO ILLUSTRATO  
VOLONTARIAMENTE**

- ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette.
- NON ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette.

● Firma della persona assistita \_\_\_\_\_

● Firma del medico \_\_\_\_\_

**NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA  
SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE**

Nome e cognome ed estremi documento testimone 1 : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nome e cognome ed estremi documento testimone 2 : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)**

Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso ed al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere al medico le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.

Nome e cognome ed estremi documento del mediatore culturale : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

● Lì (luogo, data e ora di acquisizione del consenso) : \_\_\_\_\_