

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.

MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO – PERSONA CAPACE (Legge 22 dicembre 2017 n. 219)

STRUTTURA : _____

Gentile Signore/Signora (cognome e nome) _____

Si è rivolto/a a questa Struttura per sottoporsi a cure ed assistenza sanitaria. Per questo motivo è necessario fornire ogni informazione utile per decidere se acconsentire al percorso di cura proposto. Tale percorso potrà essere iniziato solo dopo che ne abbia compreso i motivi e sottoscritto lo specifico consenso.

Le informazioni sono finalizzate anche a rafforzare l'alleanza terapeutica con i componenti dell'equipe sanitaria a cui si sta affidando, avuto riguardo di quanto ci ha riferito circa le sue convinzioni ed orientamenti sulle scelte in tema di cure.

Ove non volesse ricevere tutte o in parte le informazioni sul suo stato di salute e su quanto connesso ai rischi relativi alle cure, può indicare una persona idonea a riceverle oppure decidere di non ricevere ulteriori informazioni.

Per procedere con le cure è importante che Lei o chi per Lei titolato sottoscriva il presente Modulo di Consenso Informato a conclusione del colloquio informativo, il cui scopo è quello di rendere edotta la persona assistita rispetto alle sue condizioni di salute e di aggiornarla in modo completo riguardo ai benefici ed ai rischi dei trattamenti sanitari proposti, nonché riguardo alle possibili alternative ed alle conseguenze di un eventuale rifiuto.

Le informazioni che Le sono state fornite durante il colloquio hanno l'obiettivo di metterla in condizione di orientarsi circa :

- la scelta tra le diverse opzioni di trattamento e di assistenza appropriate al suo caso;
- la facoltà di acquisire, eventualmente, ulteriori pareri di sanitari di sua fiducia;
- la facoltà di scegliere un'altra Struttura sanitaria che le offra opzioni e condizioni diverse del trattamento proposto;
- il diritto di rifiutare, con consapevolezza delle conseguenze, la terapia e/o di decidere di interromperla;
- le normali sequele funzionali da affrontare connesse al trattamento e/o al percorso riabilitativo, nonché le eventuali complicazioni prevedibili e non del tutto prevedibili, il cui rischio di accadimento è talora aumentato in base alle personali condizioni cliniche.

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE – PERSONA CAPACE

Io sottoscritto/a (cognome e nome) nato/a a _____ il _____

Documento di identità : _____ n. _____ del _____

Con riferimento al colloquio con (nome e cognome dell'operatore) _____

Alla presenza di (nome e cognome degli operatori che partecipano al colloquio)

Effettuato il (data e ora) _____ relativamente al seguente atto sanitario proposto

DICHIARO CHE

- Ho ricevuto informazioni chiare e complete sulle mie condizioni cliniche, sul trattamento proposto, i suoi potenziali benefici, eventuali rischi e complicanze, nonché sulle alternative terapeutiche e diagnostiche.
- Ho avuto la possibilità di riflettere sul trattamento proposto.
- Sono stato informato sulle possibili complicanze, anche di natura infettiva connesse alla procedura terapeutica e anche in rapporto alle condizioni specifiche della singola persona assistita.
- Sono stato informato che ho la facoltà di rifiutare in tutto o in parte qualsiasi trattamento sanitario correlato alla mia patologia o singoli atti del trattamento stesso e specifico che ho capito che tale rifiuto potrebbe comportare delle conseguenze negative.

DICHIARO INOLTRE CHE

Ho un medico di famiglia/ fiducia SI è il Dott./Dott.ssa _____ NO

Il mio medico di famiglia/fiducia è al corrente del motivo del ricovero SI NO

Il mio medico di famiglia/ fiducia mi ha fornito informazioni sul trattamento da seguire SI NO

DICHIARO CHE QUALSIASI INFORMAZIONE SUL MIO STATO CLINICO VENGA COMUNICATA A

ME STESSO

ALLE PERSONE DI SEGUITO RIPORTATE

Nome e cognome ed estremi del documento : _____

Nome e cognome ed estremi del documento : _____

NESSUNO. Non voglio ricevere informazioni e non voglio che nessun altro le riceva al mio posto.

SOTTOSCRIZIONE CONSENSO – PERSONA CAPACE

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

Delego quale familiare o persona di mia fiducia incaricata di esprimere il consenso in mia vece il /la Sig./ra _____

(Compilare la Sezione DELEGA ALLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO – PERSONA CAPACE)

ACCETTO quindi, liberamente e spontaneamente, preso atto della situazione illustrata, il trattamento che mi è stato proposto e i cui dettagli sono stati illustrati nel colloquio informativo.

ACCETTO quindi, liberamente e spontaneamente, di sottopormi ai trattamenti proposti dal medico/èquipe, dei quali non intendo prendere visione né essere informato (cosiddetto ASSENSO DIMIDIATO).

NON ACCETTO, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto alle cure che può comportare anche (specificare) : _____

DICHIARO di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento.

• Firma della persona assistita _____

• Firma del medico _____

• Firma degli operatori presenti _____

NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA ABBA DELEGATO A TERZI LA SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO

• Firma della persona delegata ed estremi del documento

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) : _____