

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 INCAPACE

(Legge 22 dicembre 2017 n. 219)

STRUTTURA : _____

Gentile Signore/Signora (Cognome e nome) _____

Si è rivolta a questa Struttura per sottoporsi a cure ed assistenza sanitaria. Per questo motivo è necessario fornirLe 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'èquipe 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 INCAPACE

STRUTTURA : _____

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

Documento di identità : _____ n. _____ del _____

Impossibilitato a rispondere : SI specificare _____ NO

E io sottoscritto/a (cognome e nome) nato/a a _____ il _____

Documento di identità : _____ n. _____ del _____

In qualità di :

TUTORE (n. decreto _____)

CURATORE (n. decreto _____)

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO con poteri di ASSISTENZA in ambito sanitario (n. decreto _____)

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO con poteri di RAPPRESENTANZA ESCLUSIVA in ambito sanitario (n. decreto _____)

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

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

Effettuato in data (GG/MM/AA) : _____

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, 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

SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO – PERSONA INCAPACE

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

In qualità di :

TUTORE (n. decreto _____) CURATORE (n. decreto _____)

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO con poteri di ASSISTENZA in ambito sanitario (n. decreto _____)

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO con poteri di RAPPRESENTANZA ESCLUSIVA in ambito sanitario (n. decreto _____)

ACCETTO quindi, liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, preso atto della situazione illustrata, il trattamento che mi è stato proposto e i cui dettagli sono riportati nell'informativa specifica allegata;

NON ACCETTO, anche dopo supporto psicologico, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto delle cure che può comportare anche (specificare) : _____ e della possibilità, in caso di parere contrario, qualora le cure siano ritenute dal medico appropriate e necessarie, di ricorrere al giudice tutelare per la decisione;

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

• Firma della persona assistita _____

• Firma del Tutore, Curatore, Amministratore di sostegno _____

• Firma del medico _____

• Firma degli operatori presenti _____

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) : _____