



## MODULO AZIENDALE PER L'INFORMAZIONE E L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

(L. 22 dicembre 2017 n. 219)

### PERSONA MAGGIORENNE INCAPACE DI AGIRE

Gentile Signora/Signore \_\_\_\_\_,

vi siete rivolti a questa Azienda Ospedaliera per sottoporre ad esami diagnostici, cure ed assistenza sanitaria vostro figlio / il Sig. \_\_\_\_\_. Per tale motivo è necessario che i qui presenti \_\_\_\_\_ le *forniscano* tutte le informazioni utili per decidere se acconsentire al percorso di diagnosi e cura che le viene proposto, da effettuare dopo che ne abbia compreso i motivi e sottoscritto lo specifico consenso ben consapevoli che il tempo della comunicazione tra operatore sanitario e paziente è considerato tempo di cura.

L'informazione che le forniamo è finalizzata anche a valorizzare l'alleanza terapeutica con tutti i componenti dell'equipe sanitaria a cui Lei si sta affidando, acconsentendo liberamente di sottoporsi al percorso di diagnosi e cura che le è stato proposto dai sanitari di questa Azienda Ospedaliera, 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 quanto connesso ai rischi di accertamenti, cure ed andamento delle stesse, può indicare persona idonea a riceverle.

Per procedere con gli accertamenti e le cure è importante che Lei o chi per Lei sottoscriva le risposte alle domande del presente modulo informativo generale che è parte integrante delle informazioni sul trattamento specifico allegato.

Le rappresentiamo altresì che le indagini diagnostiche cure mediche o chirurgiche comportano rischi di eventi avversi nonostante il rigoroso rispetto delle raccomandazioni di linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali adottate da questa Azienda Ospedaliera costantemente aggiornate e consultabili sul sito web <http://www.scamilloforlanini.rm.it>.

Con le informazioni ricevute ci proponiamo che lei sia 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 altra struttura sanitaria che le offra opzioni diverse dal trattamento proposto
- il diritto di rifiutare, consapevole delle conseguenze, gli interventi invasivi o la terapia e/o di decidere di interromperla;
- le normali sequele anatomiche e funzionali da affrontare per il decorso del trattamento e/o del decorso post operatorio e riabilitativo, nonché le eventuali complicazioni prevedibili e non del tutto prevenibili.

**DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE PER PERSONA INCAPACE**

Io sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il .....  
documento d'identità tipo ..... n° ..... del.....

Io sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il .....  
documento d'identità tipo ..... n° ..... del.....

in qualità di:  tutore (n° decreto ..... )  amministratore di sostegno di:  
..... nato/a a ..... il ..... documento  
d'identità tipo ..... n° ..... del.....

con riferimento al colloquio con il medico Dott. .... ed in presenza di  
..... Professionista Sanitario ..... effettuato in data  
.....relativamente al seguente atto sanitario proposto (vedi modulo allegato):

rispondo/rispondiamo alle domande del seguente questionario:

- condizione familiare/abitativa: vivo da solo  vivo in famiglia  vivo presso .....
- titolo di studio: elementare  media inferiore  media superiore  laurea
- sono stato recentemente ricoverato: no  si  presso .....
- ho prestato il consenso informato in precedenti occasioni: no  si  per .....
- ho un medico di famiglia/di fiducia: no  si  dr. ....
- il mio medico di fiducia è al corrente del motivo del ricovero: no  si
- ho avuto informazioni dal medico di fiducia sul trattamento da eseguire: no  si
- ritengo che il trattamento che mi è stato proposto contrasti in tutto o in parte con le mie convinzioni personali: no  si
- ho consultato il sito internet dell'azienda: no  si

Consapevole che la comunicazione costituisce tempo di cura dichiaro che:

- ho ricevuto informazioni chiare e complete sulla tipologia e sulle alternative terapeutiche e diagnostiche, sui potenziali benefici, sugli eventuali rischi e complicanze del trattamento
- ho avuto la possibilità di riflettere sul trattamento proposto anche con l'ausilio del foglio informato specifico, che mi è stato consegnato e spiegato con debito anticipo
- sono soddisfatto dell'informazione ricevuta, avendo potuto effettuare anche domande chiarificatrici
- sono stato informato sulla possibilità che i medici curanti possano modificare quanto mi è stato proposto, qualora nel corso della esecuzione della procedura/atto sanitario le condizioni di ..... lo richiedano
- sono stato informato che tutti i trattamenti sanitari possono presentare delle complicanze che mi sono state elencate e che gli stessi possono comportare infezioni correlate all'assistenza
- sono stato informato che ho la facoltà di rifiutare in tutto o in parte qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario correlato alla patologia del sig./sig.ra ..... o singoli atti del trattamento stesso e ho capito che tale rifiuto

DATA..... FIRMA DELL' INTERESSATO..... FIRMA DEL MEDICO ..... FIRMA DELL' INTERESSATO ..... FIRMA DEL PROFESSIONISTA



potrebbe comportare delle conseguenze correlate alla patologia che mi sono state illustrate nell'informativa specifica del trattamento a cui verrò sottoposto.

- relativamente alla comunicazione dei risultati diagnostici/terapeutici dichiaro che gli stessi vengano comunicati a:

- me stesso SI  NO
- alle persone qui sotto riportate SI  NO 
  - cognome e nome: ..... documento: .....
  - cognome e nome: ..... documento: .....
  - cognome e nome: ..... documento: .....

- sono stato informato circa le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e a tal fine dichiaro:

- che NON sono state rilasciate DAT dal sig./sig.ra .....
- che sono state rese le DAT del sig./sig.ra ..... nei termini previsti dalla normativa vigente
- consapevole che il medico curante deve poter accedere a tali disposizioni informo che è stato nominato in qualità di "fiduciario", secondo i criteri stabiliti dalla normativa vigente il/la sig./sig.ra..... il/la quale è in possesso di copia delle DAT ed è reperibile presso: telefono: ..... Indirizzo: .....
- non è stato indicato alcun fiduciario e dunque si rilascia una copia delle DAT (già rese precedentemente nei termini previsti dalla normativa vigente) al fine di far rispettare le disposizioni del sig./sig.ra .....in caso di necessità

e quindi, liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, preso atto della situazione illustrata:

- ACCETTO
- NON ACCETTO anche dopo colloquio psicologico con il dr. .... i ben consapevole dei rischi come specificati nell'informativa e che possono condurre fino alla .....

il trattamento che è stato proposto al sig. / sig.ra ..... e i cui dettagli sono riportati nell'informativa specifica allegata. Dichiaro, inoltre, di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento;

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma dell'avente diritto

Timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma dell'avente diritto

Firma del professionista sanitario

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Il presente modulo e l'informativa specifica sono parte integrante della cartella clinica**

**ESPRESSIONE DI REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO (Da compilarsi in caso di revoca di consenso precedentemente espresso)**

Io sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

in qualità di:  esercenti la potestà genitoriale  tutore (n° decreto .....)

amministratore di sostegno di: .....

dopo essere stat/i informato/i dei rischi che la mia/nostra decisione comporta liberamente, spontaneamente e in piena coscienza dichiaro / dichiariamo di voler **REVOCARE** il consenso.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma interessato

Timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma interessato

Firma del professionista sanitario

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Il presente modulo e l'informativa specifica sono parte integrante della cartella clinica**