

MODULO AZIENDALE INFORMATIVO PRONTO SOCCORSO OSTETRICO-GINECOLOGICO

Gentile Signora/Signore,

Accesso al Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico

L'Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini è un ospedale di riferimento, cosiddetto HUB, ad alta intensità di cura, dotato di un **Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico** per le pazienti trasportate con mezzi propri, di soccorso 118 o inviati da altri ospedali.

La consegna del presente modulo informativo direttamente alla paziente (o nel caso di minore o incapace a chi la accompagna) è annotata sulla scheda di *triage*, ove è riportato anche l'eventuale rifiuto di ricevere informazioni preliminari. **In ogni caso, una volta aperta la scheda di Pronto Soccorso la paziente (ed in caso di minore o incapace chi la accompagna) è tenuta a non allontanarsi o abbandonare arbitrariamente i locali del Pronto Soccorso senza aver informato gli operatori sanitari del triage o il medico che ha effettuato la visita.**

L'irreperibilità nel Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico (sala attesa, vista, etc.) della paziente, chiamata dagli operatori sanitari per i trattamenti del caso, comporta la chiusura della cartella clinica di Pronto Soccorso con l'annotazione dei motivi e dell'orario di assenza.

Durante l'attesa del turno di accesso nella sala visite, la paziente (e nel caso di minore o incapace la persona che la accompagna) è invitata a leggere e sottoscrivere il presente modulo informativo, in quanto contenente informazioni utili circa la permanenza e gli accertamenti sanitari effettuati presso il Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini.

Ove sussista un concreto impedimento della lettura o della piena comprensione del modulo informativo la paziente o eventualmente la persona che la accompagna può chiedere supporto ad un operatore sanitario del Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico.

Il modulo informativo, letto, compilato e sottoscritto in ogni caso dalla paziente (e nel caso di minore anche dalla persona che la accompagna) va riconsegnato al personale del Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico per essere archiviato in base alla cartella clinica di Pronto Soccorso.

Ciò premesso Le rendiamo conto delle seguenti informazioni:

Cure in Pronto Soccorso

Le cure di Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico riguardano principalmente condizioni patologiche acute della paziente che richiedono stabilizzazione delle funzioni vitali (cardiaca, respiratoria e neurologica) e trattamento di sintomi e segni patologici acuti potenzialmente gravi

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

per il benessere materno-fetale, ovvero per patologie dell'apparato ginecologico. Al trattamento in Pronto Soccorso talora consegue il ricovero ospedaliero per proseguire gli accertamenti di diagnosi e cura in base alla disponibilità dei posti letto nello stesso ospedale o in altra struttura sanitaria ostetrico ginecologica.

Situazioni di emergenza

Gli operatori sanitari intraprendono immediatamente, anche senza consenso, i trattamenti sanitari indispensabili o necessari per sostenere o rianimare le funzioni vitali materno-fetali compromesse della paziente con patologia ostetrica o ginecologica con imminente rischio di morte o danno fetale.

Situazioni di urgenza

I sanitari, compatibilmente con le circostanze di tempo, luogo e condizioni cliniche, informano la paziente ostetrico ginecologica (ed in caso di minore o incapace la persona legittimata che l'accompagna e per casi particolari il giudice tutelare), dell'urgenza dell'iter diagnostico-terapeutico da intraprendere, prima possibile, ove non rifiutato, in base a criteri e tempi d'intervento stabiliti da linee guida e buone pratiche cliniche. Eventuale rifiuto di tutto o parte dell'iter diagnostico-terapeutico urgente viene annotato, contestualmente all'informazione delle conseguenze, nella cartella clinica di Pronto Soccorso sottoscritta dalla paziente ed in caso di minore o incapace dalla persona legittimata che accompagna la paziente ostetrico ginecologica.

Ingresso nel pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico

L'ingresso in Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico comporta una prima valutazione, cosiddetta di *triage*, delle condizioni cliniche della paziente con il rilievo di sintomi e parametri di base (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura, ossigenazione del sangue, valutazione del benessere materno-fetale, etc.) e l'assegnazione di un codice di priorità.

Il codice assegnato alla paziente ostetrico ginecologica però riguarda la priorità sui tempi di attesa della visita e non la gravità dell'eventuale patologia. I tempi di attesa sono del tutto indicativi e possono subire notevoli variazioni, anche di ore, in relazione all'afflusso del numero delle pazienti nel Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico nonché alla gravità delle condizioni cliniche di queste.

Ricordiamo, infatti, che gli accertamenti clinici, strumentali di laboratorio effettuati presso il Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico sono essenzialmente volti al trattamento di gravi alterazioni dei parametri vitali e di forme acute di patologie primitive ostetrico o ginecologiche o riacutizzazione di patologie croniche che richiedano interventi urgenti.

Le pazienti giunte in Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico per condizioni patologiche particolari seguono percorsi assistenziali specifici.

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

L'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini ha istituito un servizio di "Bed Manager" per facilitare i ricoveri, dimissioni e trasferimenti disposti dal medico team leader del P.S., ed ove necessario tale Servizio provvede anche per i ricoveri Ostetrico Ginecologici.

Sala vista ed accertamenti

Nel contesto operativo del Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico in base alle risultanze della visita medica e/o chirurgica vengono proposti prelievi venosi/arteriosi, esami strumentali, monitoraggi, indagini radiologiche, con e senza mezzo di contrasto, somministrazione di farmaci, applicazioni di sonde e cateteri, visite specialistiche, prospettati interventi chirurgici, etc.

Le procedure necessarie per diagnosi e cure eventualmente rifiutate in toto o in parte dalla paziente ostetrico ginecologica o in caso di minore o incapace dall'accompagnatore o tutore legittimato, vengono annotate dal sanitario nella cartella clinica di Pronto Soccorso, previa informazione (in caso di minore o incapace dall'accompagnatore legittimato) dei rischi e delle conseguenze, immediate e successive, per la salute del rifiuto di cure della paziente ostetrico ginecologica.

Alcuni accertamenti e trattamenti sanitari disposti nell'ambito del Pronto Soccorso Ostetrico ginecologico:

– prelievo ematico per HIV – trasfusione di sangue e/o derivati – test allergici – chemioterapie – procedure endoscopiche – procedure chirurgiche – procedure anestesilogiche – procedure diagnostiche con mezzo di contrasto – procedure diagnostiche di natura invasiva, etc.,

richiedono la sottoscrizione da parte della paziente (o in caso di minore o incapace dall'accompagnatore legittimato) di consenso/dissenso su specifica modulistica.

Gli accertamenti effettuati in Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico che possono avere valenza medico legale in sé per sé o per l'Autorità Giudiziaria (lesioni da sospetta violenza, abusi, intossicazioni, maltrattamenti, aborto, etc.) richiedono uno specifico consenso e seguono procedure codificate.

Permanenza nel Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico

Il medico, team leader del Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico, all'esito degli accertamenti e dei trattamenti sanitari effettuati individua e dispone, secondo determinati criteri, la "destinazione" clinicamente appropriata della paziente ostetrica ginecologica e cioè:

- dimissioni al domicilio, con relative indicazioni da seguire;
- invio al curante, con relative indicazioni;
- invio a controlli ambulatoriali, con relative indicazioni;
- ricovero, in base alle disponibilità di posti letto, presso un reparto dello stesso ospedale;
- trasferimento momentaneo presso un reparto di appoggio dello stesso ospedale in attesa di posto letto nel reparto idoneo;

- trasferimento, in base alle disponibilità di posti letto, ad altro ospedale o casa di Cura convenzionata che abbia dato l'assenso.

La paziente, ovvero, in caso di minore o incapace, l'accompagnatore legittimato può manifestare un esplicito e formale dissenso circa:

- la proposta di ricovero e chiedere ed ottenere le dimissioni dal Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico contro il parere dei sanitari, previa informazione da parte degli stessi dei rischi e delle conseguenze, immediate e a distanza, che la decisione assunta di essere dimessa, comporta per la salute materno-fetale della paziente;
- la proposta di trasferimento presso alta struttura sanitaria. In questo caso nonostante il servizio di "Bed Management" si adoperi per facilitare il trasferimento, la permanenza della paziente presso i locali del pronto Soccorso ostetrico ginecologico potrebbe protrarsi notevolmente e la paziente ricevere le cure in condizioni di discomfort logistico.

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE IN PRONTO SOCCORSO OSTETRICO GINECOLOGICO

Io sottoscritto/a nato/a a Il
documento d'identità n°..... residente a.....
via/piazza.....

In qualità di:

- interessata
 Esercente la potestà genitoriale
 tutore amministratore di sostegno (n° decreto)
della Sig.ra _____

ho ricevuto, letto compreso e sottoscritto il modulo aziendale per l'informazione relative al Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico

Firma interessato: _____

Firma: Tutore o Amministratore di Sostegno: _____

Firma esercente/i la potestà genitoriale

Il presente modulo è parte integrante della cartella di Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico

MODULO AZIENDALE PER L'INFORMAZIONE E L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO AI TRATTAMENTI SANITARI

(L. 22 dicembre 2017 n. 219)

PRONTO SOCCORSO OSTETRICO GINECOLOGICO

Pazienti adulti capaci

Gentile Signora,,

INFORMAZIONE ED EVENTUALE DELEGA (diagnosi, prognosi, benefici e rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari)

Ai sensi e per effetto dell'art. 1 comma 3 LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219:

relativamente alla comunicazione dei risultati diagnostici/terapeutici dichiaro che gli stessi vengano comunicati (*delega possibile nei pazienti adulti e nei pazienti incapaci giuridicamente solo se in amministrazione di sostegno con attribuzione di poteri di assistenza*) a:

- me stesso SI NO
- alle persone qui sotto riportate SI NO
 - cognome e nome: documento:.....
 - cognome e nome: documento:
 - Non voglio ricevere informazioni e non voglio che nessun altro le riceva
- sono stata informata circa le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e a tal fine dichiaro:
 - di NON avere rilasciato DAT
 - di aver già reso le mie DAT nei termini previsti dalla normativa vigente, e pertanto, qualora mi trovo nell'incapacità di decidere, voglio che siano rispettate le disposizioni da me rilasciate
 - consapevole che il medico che mi ha in cura deve poter accedere a tali disposizioni informo di aver 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 ho indicato alcun fiduciario e dunque rilascio una copia delle DAT (già rese precedentemente nei termini previsti dalla normativa vigente) al fine di far rispettare le mie disposizioni in caso di necessità

Il presente modulo è parte integrante della cartella di Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico

**Sottoscrizione del Consenso ed eventuale delega ai sensi e per effetto dell'art. 1 comma 3
LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219**

Io sottoscritto,

- non intendo delegare nessuno ad esprimere il consenso in mia vece**
- 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 condurre fino a:
.....
.....
- delego** quale familiare o persona di mia fiducia incaricata di esprimere il consenso in mia vece:
cognome e nome: Firma del delegato:
Tipo di documento: N° di documento:
- Il quale ACCETTA quindi, liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, preso atto della situazione illustrata, il trattamento che è stato proposto e i cui dettagli sono riportati nell'informativa specifica allegata
- NON ACCETTA ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto delle cure che può condurre fino a:
.....

Inoltre: dichiaro, in di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento;

Data ___/___/_____

Firma interessato

Timbro e firma del medico

Firma del professionista sanitario

Il presente modulo è parte integrante della cartella di Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico

Da compilarsi in caso di revoca di consenso precedentemente espresso

ESPRESSIONE DI REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a: _____ in qualità di:

- Interessato
- Delegato

- dopo essere stato informato dei rischi che la mia decisione comporta consapevole che la revoca in tutto od in parte per quanto attiene a:.....

.....

- e che il rifiuto delle cure che può condurre fino a:

.....

- liberamente, spontaneamente e in piena coscienza dichiaro di voler **REVOCARRE** il consenso.

Data ___/___/_____

Firma

Timbro e firma del medico

Il presente modulo è parte integrante della cartella di Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico

ESPRESSIONE DI REVOCA DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Io sottoscritto/a: _____

dichiaro di voler **REVOCARE** le mie Disposizioni Anticipate di Trattamento (art. 6 L. 219/2017 per l'instaurarsi di ragioni di emergenza e urgenza che ne impediscono la revoca con le forme ordinariamente previste).

data:

Firma interessato

Dichiarazione acquisita in data ___/___/_____ tramite:

Dichiarazione Verbale Dichiarazione Videoregistrata n° _____

Testo della dichiarazione Verbale:

Raccolta dal Dott: (nome cognome) _____ Firma _____

In presenza dei seguenti due testimoni:

(nome e cognome) _____ Firma _____

(nome e cognome) _____ Firma _____

Il presente modulo è parte integrante della cartella di Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico