



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

(L. 22 dicembre 2017 n. 219)

PERSONA MAGGIORENNE INCAPACE DI AGIRE

(il paziente in amministrazione di sostegno senza poteri di assistenza o rappresentanza in ambito sanitario compila il modulo del paziente adulto capace)

Gentile Signora/Signore _____,

si è rivolto a questa Azienda Ospedaliera per sottoporsi ad esami diagnostici, cure ed assistenza sanitaria. 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 titolato sottoscriva le risposte alle domande del presente modulo informativo generale che è parte integrante delle informazioni specifiche sul trattamento che le verrà proposto.

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 e condizioni diverse del trattamento proposto
- il diritto di rifiutare, con consapevolezza delle conseguenze, gli interventi invasivi o la terapia – e/o di decidere di interromperla;
- le normali sequele anatomiche e funzionali da affrontare connesse al trattamento e/o al decorso post operatorio e riabilitativo, nonché le eventuali complicazioni prevedibili e non del tutto prevenibili cui rischio di accadimento è talora e aumentato in base alle personali condizioni cliniche nei termini che le verranno meglio precisati nel consenso specifico.

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



DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE PER PERSONA INCAPACE

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

Se la persona interessata è impossibilitata a rispondere specificare il motivo:

.....

Ed io sottoscritto/a in qualità di:

- tutore (n° decreto)
- amministratore di sostegno (n° decreto) con poteri di:
- assistenza in ambito sanitario rappresentanza esclusiva in ambito sanitario

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

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

.....

rispondo/rispondiamo alle domande del seguente questionario:

- condizione familiare/abitativa: vive da solo vive in famiglia vive presso.....
- titolo di studio: elementare media inferiore media superiore laurea
- è stato recentemente ricoverato: no si, presso
- il consenso informato per il paziente è stato richiesto in precedenti occasioni: no si
per
- ha un medico di famiglia/di fiducia: no si, dr.
- il 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 è stato proposto contrasti in tutto o in
parte con le convinzioni personali: no si
- ho consultato il sito internet dell'azienda: no si

Consapevole che la comunicazione costituisce tempo di cura, dichiaro/dichiariamo (*dichiarazione singola, nel caso in cui sia presente tutore o amministratore di sostegno con poteri esclusivi, congiunta nel caso di amministratore di sostegno con poteri di assistenza*):

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

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



- 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 mie condizioni 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 mia patologia o singoli atti del trattamento stesso generale e specifico e ho capito che tale rifiuto potrebbe comportare delle conseguenze correlate alla mia patologia illustrate nell'informativa specifica del trattamento a cui verrò sottoposto.
- sono stato informato del fatto **che in base alle condizioni cliniche di partenza vi possa essere un aumento dei rischi connessi al trattamento praticato, individuati nel consenso specifico.**
- tenuto conto che in caso di persona giuridicamente incapace il trattamento delle condizioni di salute proposto gli è stato spiegato in modo appropriato alle sue capacità di comprensione

DELEGA ALL'INFORMAZIONE

Ai sensi e per effetto dell'art. 1 comma 3 LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219, (Delega possibile da parte del paziente se in amministrazione di sostegno con poteri di assistenza in ambito sanitario. Sono esclusi: Interdetti, inabilitati e in amministrazione di sostegno con rappresentanza esclusiva in ambito sanitario)

- 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:
 - Non voglio ricevere informazioni e non voglio che nessun altro le riceva
- 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 le DAT sono state rese nei termini previsti dalla normativa vigente, e pertanto, qualora mi trovassi nell'incapacità di decidere, voglio che siano rispettate le disposizioni rilasciate.

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

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



- consapevole che il medico curante 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 è stato 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.

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

Io sottoscritto,
(solo nel caso di amministrazione di sostegno con poteri di assistenza in ambito sanitario. Sono esclusi: Interdetti, inabilitati e in amministrazione di sostegno con rappresentanza esclusiva in ambito sanitario)

- 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:
-
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 del Paziente _____

Io: Tutore /Curatore/Amministratore di sostegno (amministrazione di sostegno con poteri di assistenza o rappresentanza esclusiva, in ambito sanitario)

- ACCETTO quindi, liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, preso atto della situazione illustrata, il trattamento proposto e i cui dettagli sono riportati nell’informativa specifica allegata.
- NON ACCETTO; ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto delle cure che può condurre fino a:
-
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 del Tutore/Amministratore di sostegno _____

Timbro e firma del medico

Data ___/___/_____

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 da parte di chi lo ha rilasciato

Io sottoscritto/a: _____

Beneficiario di amministrazione di sostegno con poteri di assistenza

Io sottoscritto/a: _____ in qualità di:

- Tutore /
- Amministratore di sostegno con poteri di rappresentanza esclusiva in ambito sanitario
- Amministratore di sostegno con poteri di assistenza in ambito sanitario

- dopo essere stato/i informato/i dei rischi che la mia/nostra 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:

.....

- 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,

- liberamente, spontaneamente e in piena coscienza dichiaro/riamo di voler **REVOCARE** il consenso.

Data ___/___/_____

Firma tutore/amministratore di sost.

Firma interessato

Timbro e firma del medico

Firma del professionista sanitario

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