

MODULO AZIENDALE INFORMATIVO DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE (DEA)

Gentile Signora/Signore,

Accesso al DEA

L'Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini è un ospedale di riferimento, cosiddetto HUB, ad alta intensità di cura, dotato di un **DEA di secondo livello** dove giungono pazienti - che necessitano di cure complesse - trasportati da mezzi di soccorso o inviati anche da altri ospedali.

La consegna del presente modulo informativo direttamente a Lei o se persona incapace o fragile all'eventuale accompagnatore 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 Lei (in caso di persona incapace fragile anche l'accompagnatore legittimato) è tenuto a non allontanarsi o abbandonare arbitrariamente i locali del DEA senza aver informato gli operatori del triage o il medico che l'ha visitata.**

Durante la permanenza nel DEA (sala attesa, vista etc.) in caso Lei non risponda alla chiamata degli operatori sanitari la cartella clinica di Pronto Soccorso viene chiusa con annotazione dei motivi e dell'orario di assenza.

Durante l'attesa del turno di accesso nella sala visite, Lei. (in caso di persona incapace fragile l'accompagnatore legittimato) è invitato a leggere e sottoscrivere il modulo informativo in quanto contenente informazioni utili circa la sua permanenza e gli accertamenti sanitari effettuati presso il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini.

Ove le Sue condizioni di salute non permettano la lettura o la piena comprensione del modulo informativo può chiedere il supporto all'eventuale accompagnatore o ad un operatore sanitario del DEA.

Il modulo informativo, da Lei letto, compilato e sottoscritto (in caso di persona incapace fragile dall'accompagnatore legittimato) va riconsegnato al personale del DEA per essere archiviato in base alla cartella clinica personale di Pronto Soccorso.

Ciò premesso Le rendiamo conto delle seguenti informazioni:

Cure in Pronto Soccorso

Le cure di Pronto Soccorso riguardano principalmente condizioni patologiche acute che richiedono stabilizzazione delle funzioni vitali (cardiaca, respiratoria e neurologica) e trattamento di sintomi e segni patologici acuti potenzialmente gravi. Al trattamento in Pronto Soccorso talora

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

consegue il ricovero ospedaliero in uno specifico reparto per proseguire gli accertamenti di diagnosi e cura in base ai posti disponibili nello stesso ospedale o in altra struttura sanitaria.

Situazioni di emergenza

Gli operatori sanitari intraprendono immediatamente, anche senza consenso, i trattamenti sanitari indispensabili o necessari per sostenere o rianimare le funzioni vitali compromesse del paziente con imminente rischio di morte.

Situazioni di urgenza

I sanitari, compatibilmente con le circostanze di tempo, luogo e condizioni cliniche, informano (in caso di paziente incapace o fragile la persona legittimata che l'accompagna o 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 da Lei sottoscritta ed in caso di paziente incapace o fragile dalla persona legittimata che l'accompagna.

Ingresso nel DEA

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

Il codice assegnato al paziente 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 dei pazienti in Pronto Soccorso nonché alla gravità delle condizioni cliniche di questi.

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

I pazienti giunti in Pronto Soccorso per evoluzione sfavorevole di patologie croniche o in fase terminale seguono percorsi assistenziali specifici.

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 Pronto Soccorso

Sala vista ed accertamenti

Nel contesto operativo del Pronto Soccorso in base alle risultanze della visita medica le potranno venire proposti prelievi venosi/arteriosi, esami strumentali, monitoraggi, indagini radiologiche,

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

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 da Lei rifiutate in toto o in parte (o in caso di paziente incapace o fragile dall'accompagnatore o tutore legittimato), vengono annotate dal sanitario nella cartella clinica di Pronto Soccorso, previa informazione (in caso di paziente incapace o fragile all'accompagnatore legittimato) dei rischi e delle conseguenze, immediate e successive, per la salute del rifiuto di cure.

Alcuni accertamenti e trattamenti sanitari disposti nell'ambito del DEA:

– 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 richiedono la sottoscrizione da parte Sua (o in caso di paziente incapace o fragile dell'accompagnatore legittimato) di consenso/dissenso su specifica modulistica.

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

Permanenza nel DEA

Il medico, team leader del Pronto Soccorso, all'esito degli accertamenti e dei trattamenti sanitari effettuati individua e dispone, secondo determinati criteri, la "destinazione" clinicamente appropriata al Suo caso 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.

Lei (o in caso di paziente incapace o fragile l'accompagnatore legittimato) può manifestare un esplicito e formale dissenso circa:

- la proposta di ricovero e chiedere ed ottenere le dimissioni dal Pronto Soccorso 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 dimessi, comporta per la Sua salute;
- la proposta di trasferimento presso alta struttura sanitaria. In questo caso, nonostante il servizio di "Bed Management" si adoperi per facilitare il trasferimento, la Sua permanenza

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

presso i locali del DEA potrebbe protrarsi notevolmente e la potrebbe portare a ricevere le cure in condizioni di discomfort logistico.

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE IN DEA

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

In qualità di:

- interessato
- tutore amministratore di sostegno (n° decreto)
del Sig/ra.....

ho ricevuto, letto compreso e sottoscritto il modulo aziendale per l'informazione relative al DEA

Firma interessato:

Firma: Tutore o Amministratore di Sostegno:

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

(L. 22 dicembre 2017 n. 219)

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE**Pazienti adulti capaci****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 stato informato 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 trovassi 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

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

**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

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

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