

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

(L. 22 dicembre 2017 n. 219)

PERSONA MAGGIORENNE CAPACE DI AGIRE

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 o decidere di non ricevere ulteriori informazioni.

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.scamilloforlnini.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 DEL MEDICO FIRMA DEL PROFESSIONISTA SANITARIO.....

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE ALLA PERSONA MAGGIORENNE CAPACE DI AGIRE

Io sottoscritto/a 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
 datarelativamente al seguente atto sanitario proposto:

rispondo 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 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.**

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

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 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

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

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

- 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

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 **REVOCARE** il consenso.

Data ___/___/_____

Firma

Timbro e firma del medico

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

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 e l'informativa specifica sono parte integrante della cartella clinica
--