



DELIBERAZIONE N. 0018 DEL 12 GEN. 2021

| | |
|---|---|
| Struttura proponente: UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management Centro di Costo: G0DG43JD1S | |
| Codice settore proponente: RMDG 22/2020 | del 23/12/2020 |
| Oggetto: Adozione del Modello Unico di Consenso Informato "Il Provvedimento non comporta oneri di spesa" | |
| L'estensore (Dott. Antonio Silvestri) | IL DIRETTORE GENERALE Dott. Fabrizio d'Alba |
| Parere del Direttore Amministrativo: Dott.ssa Francesca Milito | |
| <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE | <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto) |
| Firma | Data 31/12/2020 |
| Parere del Direttore Sanitario: Dott.ssa Daniela Orazi | |
| <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE | <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto) |
| Firma | Data 05.01.2021 |
| Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta sostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico aziendale. | |
| Voce del conto Economico/Patrimoniale su cui si imputa l'importo: _____ | |
| Visto del Dirigente addetto al controllo del budget economico aziendale: Direttore UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione - Dr.ssa Miriam Piccini | |
| Firma _____ | Data _____ |
| Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza. | |
| Responsabile del Procedimento: (Dott. Antonio Silvestri) | |
| Firma | Data 23/12/2020 |
| Il Dirigente: (Dott. Antonio Silvestri) | |
| Firma | Data 23/12/2020 |

IL DIRETTORE UOSD QUALITA', CERTIFICAZIONE E SICUREZZA DELLE CURE - RISK MANAGEMENT

VISTI

- il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni recante norme sul "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421";
- la L.R. 16 giugno 1994 n. 18 e successive modifiche ed integrazioni recante "Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni – istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere";
- l'intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- la Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- la deliberazione aziendale n. 404 del 14/04/2016 recante per oggetto <<Affidamento di un incarico dirigenziale di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale "UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure – Risk Management" nell'ambito della Direzione Strategica al Dott. Antonio Silvestri>>;
- la deliberazione aziendale n. 1368 del 11/10/2019 recante per oggetto il rinnovo del suddetto incarico a far data dal 14/04/2019 fino al 13/04/2022;

PREMESSO

che il consenso informato costituisce un momento imprescindibile dell'attività sanitaria;

DATO ATTO

che il consenso informato, insieme alla cartella clinica e agli altri documenti sanitari, rappresenta uno strumento insostituibile per garantire la sicurezza e la qualità delle cure;

CONSIDERATO

che l'obbligo del consenso informato è sancito dalla Costituzione, da varie norme, dai codici deontologici e dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea;

DATO ATTO

- che sotto il profilo costituzionale, il principio dell'autodeterminazione trova il suo fondamento negli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione Italiana;
- che in ambito europeo, l'art. 3 comma 2 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, proclamata a Nizza il 7 dicembre 2000, riconosce il consenso libero e informato, il quale rileva non soltanto il profilo della liceità del trattamento medico ma, prima ancora, come espressione del diritto all'integrità della persona;
- che la Legge n. 219 del 22 dicembre 2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" promuove e valorizza la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico;

PREMESSO

che con Delibera n. 0600 del 23/04/2019 è stata adottata la procedura aziendale per la gestione del consenso informato, articolata in una parte generale finalizzata a valorizzare l'alleanza terapeutica con tutti i componenti dell'equipe sanitaria, a cui successivamente andavano integrati i consensi relativi allo specifico trattamento diagnostico o terapeutico oggetto del consenso;



- CONSIDERATO** che nella matrice delle responsabilità declinata nella procedura summenzionata ai Direttori di UO era attribuita la predisposizione dei modelli di Consensi Informati specifici ad integrazione del modello generale di Consenso Informato;
- CONSIDERATO** che nella suddetta matrice delle responsabilità erano altresì attribuite alla UOSD Medicina Legale la verifica della coerenza medico-legale dei modelli di Consensi Informati specifici e alla UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure – Risk Management la validazione dei suddetti;
- CONSIDERATO** che le suddette UOSD, al fine di uniformare tutti i modelli di Consenso Informato specifico e pertanto di facilitare la redazione dei suddetti da parte dei Direttori di UO, hanno predisposto un format unico di Consenso Informato che va ad integrare il Consenso Generale con quello specifico per ogni singolo atto sanitario suscettibile di acquisizione di Consenso;
- CONSIDERATO** che il documento redatto è stato sottoposto a verifica e risulta coerente nella forma e nella sostanza sia con l'assetto organizzativo dell'Azienda sia con i principi del Sistema di Gestione della Qualità;
- VERIFICATO** che il presente provvedimento non comporta nessuna spesa a carico dell'Azienda;
- ATTESTATO** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

PROPONE

- di approvare l'adozione del modello unico di Consenso Informato;
- di dare mandato al Responsabile Aziendale della Qualità di inoltrare il documento ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO. delle strutture interessate e al Dipartimento delle Professioni Sanitarie di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati;
- di disporre che il modello sia inserito nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall'Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;
- di dare mandato alla U.O.S.D. Ufficio Relazioni con il Pubblico – Comunicazioni Istituzionali – Rapporto con le Associazioni di dare diffusione del presente provvedimento mediante l'inserimento nel Portale Aziendale nella pagina dedicata al Risk Management e Sicurezza delle Cure.

**IL DIRETTORE UOSD QUALITA', CERTIFICAZIONE E SICUREZZA DELLE CURE -
RISK MANAGEMENT**

(Dott. Antonio Silvestri)



IL DIRETTORE GENERALE

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del decreto legislativo 30.12.92 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTI** i Decreti del Presidente della Regione Lazio n. T00202 del 7 ottobre 2016 di "Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini" e n. T00243 del 3 ottobre 2019 di "Prosecuzione incarico di Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini e contestuale differimento del termine di scadenza contrattuale";
- VISTE** l'Ordinanza n. 1242 del 10 ottobre 2016 e la Delibera n. 1390 del 18 ottobre 2019;
- LETTA** la proposta di delibera, "Adozione del modello unico di Consenso Informato" presentata dal Direttore UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

- di approvare l'adozione del modello unico di Consenso Informato;
- di dare mandato al Responsabile Aziendale della Qualità di inoltrare il documento ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO. delle strutture interessate e al Dipartimento delle Professioni Sanitarie di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati;
- di disporre che il modello sia inserito nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall'Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;
- di dare mandato alla U.O.S.D. Ufficio Relazioni con il Pubblico - Comunicazioni Istituzionali - Rapporto con le Associazioni di dare diffusione del presente provvedimento mediante l'inserimento nel Portale Aziendale nella pagina dedicata al Risk Management e Sicurezza delle Cure.

La struttura complessa proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

La presente deliberazione è composta di n. 16 pagine di cui n. 11 pagine di allegati nei termini indicati.

Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale www.scamilloforlanini.rm.it per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. ~~Fabrizio~~ d'Alba)



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

| | | |
|------------------------------------|--|----------------------|
| PROCEDURA GENERALE | MODELLO UNICO DI CONSENSO INFORMATO | Rev. 00 del 23/12/20 |
| Cod. Doc.: 901/MOD/G0GD43/20/01 | | Pag. 1 di 11 |

| | Gruppo di lavoro Aziendale | | | | |
|---------------------|---|-----------------|----------------|------------|--------------------|
| | Componenti | Disciplina | Ruolo | Data | Firma |
| REDAZIONE | Antonio Gallo | Medicina Legale | Fisioterapista | 23/12/2020 | <i>[Signature]</i> |
| | Marco Mastrucci | Risk Management | Infermiere | 23/12/2020 | <i>[Signature]</i> |
| | Giorgio Marcelli | Medicina Legale | Medico | 23/12/2020 | <i>[Signature]</i> |
| | Antonio Silvestri | Risk Management | Medico | 23/12/2020 | <i>[Signature]</i> |
| VERIFICA | Dott. Antonio Silvestri Responsabile Aziendale per la Qualità (RAQ) | | | 28/12/2020 | <i>[Signature]</i> |
| APPROVAZIONE | Dott.ssa Lucia Mitello Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie | | | 28/12/2020 | <i>[Signature]</i> |
| | Dott.ssa Daniela Orazi Direttore Sanitario Aziendale | | | | |
| VALIDAZIONE | Dott. Fabrizio d'Alba Direttore Generale | | | 11/01/2021 | <i>[Signature]</i> |

| Rev. | Data | Causale delle modifiche | Codifica |
|------|------------|-------------------------|----------------|
| 0.0 | 23/12/2020 | Prima stesura | A cura del RAQ |

| | | |
|--------------------------|---------------------------|-----------------|
| TRASMESSO IL: 23/12/2020 | CODIFICATO IL: 23/12/2020 | DISTRIBUITO IL: |
|--------------------------|---------------------------|-----------------|

| LISTA DI DISTRIBUZIONE (I livello) | |
|------------------------------------|----------------------------|
| ✓ Direttore Sanitario | ✓ Direttore Amministrativo |
| ✓ Direttori di Dipartimento | ✓ Direttori di U.O.C. |
| ✓ Direttori di U.O.S.D. | ✓ Responsabili di U.O.S. |

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

| | | |
|--|--|--|
| PROCEDURA GENERALE Cod. Doc.: 901/MOD/G0GD43/20/01 | MODELLO UNICO DI CONSENSO INFORMATO | Rev. 00 del 23/12/20 Pag. 2 di 11 |
|--|--|--|

INDICE

1. PREMESSA
2. SCOPO
3. CAMPO DI APPLICAZIONE
4. RESPONSABILITA'
5. MONITORAGGIO, INDICATORI E PARAMETRI DI CONTROLLO
6. ALLEGATI

1. PREMESSA

Con Delibera n. 0600 del 23/04/2019 l'azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini ha adottato la procedura aziendale per la gestione del consenso informato, articolata in una parte generale, finalizzata a valorizzare l'alleanza terapeutica con tutti i componenti dell'equipe sanitaria, a cui successivamente andavano integrati i consensi relativi allo specifico trattamento diagnostico o terapeutico oggetto del consenso. Nella matrice delle responsabilità declinata nella procedura summenzionata ai Direttori di UO era attribuita la predisposizione dei modelli di Consensi Informati specifici ad integrazione del modello generale di Consenso Informato.

2. SCOPO

In considerazione della necessità di uniformare tutti i modelli di Consenso Informato specifico e pertanto di facilitare la redazione dei suddetti da parte dei Direttori di UO, è stato predisposto, da parte delle UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure – Risk Management e della UOSD Medicina Legale un format unico di Consenso Informato che va ad integrare il Consenso Informato generale con quello specifico per ciascun atto sanitario.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Tutte le UU.OO. dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini ove vengano eseguite procedure diagnostiche e/o terapeutiche suscettibili di acquisizione di Consenso Informato da parte del paziente.





| | | |
|------------------------------------|--|----------------------|
| PROCEDURA GENERALE | MODELLO UNICO DI CONSENSO INFORMATO | Rev. 00 del 23/12/20 |
| Cod. Doc.: 901/MOD/G0GD43/20/01 | | Pag. 3 di 11 |

4. RESPONSABILITA'

| Azione / Funzione | Direttori Dipartimento | Direttori UO | Medico UO | Coordinatore Infermieristico | Risk Manager | Medico Legale |
|--|------------------------|--------------|-----------|------------------------------|--------------|---------------|
| Diffusione ai Direttori di UO | R | C | I | - | - | - |
| Diffusione ai Medici di UO | I | R | C | - | - | - |
| Applicazione del Modello | I | I | R | - | - | - |
| Predisposizione dei modelli di CI specifici ad integrazione del modello generale di CI | C | R | C | I | I | I |
| Verifica della coerenza medico-legale dei modelli di CI specifici | C | I | I | - | C | R |
| Validazione dei modelli di CI specifici ad integrazione del modello generale di CI | C | I | I | - | R | C |
| Somministrazione moduli ed acquisizione del CI | - | C | R | I | - | - |
| Archiviazione del modulo di CI in cartella clinica | - | R | C | I | - | - |
| Monitoraggio dell'applicazione del Modello | C | C | I | I | R | C |

| | | |
|--|--|--|
| PROCEDURA GENERALE Cod. Doc.: 901/MOD/G0GD43/20/01 | MODELLO UNICO DI CONSENSO INFORMATO | Rev. 00 del 23/12/20 Pag. 4 di 11 |
|--|--|--|

5. MONITORAGGIO, INDICATORI E PARAMETRI DI CONTROLLO

Le Direzioni delle UOSD Medicina Legale e UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure - Risk Management, ciascuna per la propria competenza procedono alla revisione dei modelli di consenso alla luce della presente Procedura.

La UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure-Risk Management predispone le verifiche da effettuare a campione delle cartelle cliniche archiviate con produzione di report da inviare alle UU.OO. di competenza e alla Direzione Sanitaria per conoscenza.

INDICATORI:

1. n. CI archiviati in cartella clinica/n. procedure eseguite (Standard: 100%)
2. n. CI completi/ n. CI (Standard: 100%)

6. ALLEGATI

Modello Unico di Consenso Informato



**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:

_____ (Medico) e _____ (Professionista Sanitario)

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 e 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 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 e le cure mediche o chirurgiche comportano rischi di eventi avversi nonostante il rigoroso rispetto delle Raccomandazioni e delle 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 il cui rischio di accadimento è talora e aumentato in base alle personali condizioni cliniche nei termini che Le verranno meglio di seguito precisati.

Il presente modulo e l'informativa specifica sono parte integrante della cartella clinica
Procedura: DENOMINAZIONE PROCEDURA

pagina 5 di 11

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



DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE ALLA PERSONA MAGGIORENNE CAPACE DI AGIRE

lo 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:

PROCEDURA DI: Denominazione Procedura

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, nonostante l'applicazione rigorosa di tutte le misure atte a prevenirle;
- 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.

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

**INFORMAZIONE ED EVENTUALE DELEGA RELATIVE ALLA COMUNICAZIONE DELLE MIE
CONDIZIONI DI SALUTE** (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 andranno comunicati a:

- me stesso
- alle persone qui sotto riportate
- 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
- ACCONSENTO** **NON ACCONSENTO**

a che i sanitari utilizzino in forma anonima le informazioni relative al mio stato di salute per fini scientifici e per pubblicazioni scientifiche.

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



DIPARTIMENTO ...

U.O.:

INFORMAZIONI PER PROCEDURA DI: Denominazione Procedura

L'informazione che Le viene fornita riguarda i rapporti tra rischi e benefici del trattamento proposto che possono mutare ove nel Suo caso siano presenti condizioni cliniche particolari che possono condizionare l'incidenza delle complicazioni, l'esito del trattamento e della fase riabilitativa.

Oltre quanto Le viene spiegato è importante leggere con attenzione il presente modulo dopo aver chiarito ogni dubbio alle Sue domande relative alla procedura.

Denominazione Procedura

Che cosa è e come si esegue

BENEFICI/RISULTATI ATTESI

POTENZIALI RISCHI

RECUPERO DOPO L'ESAME/PROCEDURA

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



PERSONALIZZAZIONE DEL RISCHIO

Nel Suo caso, tutto quanto relativo alle precedenti informazioni e spiegazioni rese circa i rischi, le complicazioni, e gli esiti del trattamento proposto, deve tener conto delle sue personali caratteristiche costituzionali, delle sue attuali condizioni di salute e di quanto segue:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

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



SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ED EVENTUALE DELEGA
(ai sensi e per effetto degli art. 1 e 4 legge 22 dicembre 2017, n. 219)

PROCEDURA DI:

Denominazione Procedura

Io sottoscritto Sig./Sig.ra _____

nella qualità di: **PERSONA INTERESSATA**

Persona di fiducia delegata all'espressione del consenso informato
identificata con documento _____ n. _____

COGNOME E NOME DEL PAZIENTE DELEGANTE _____

FIRMA DEL PAZIENTE DELEGANTE _____

Rappresentante legale (Tutore /Curatore/Amministratore di sostegno) - identificata a mezzo
di _____ n. Decreto _____

COGNOME E NOME DEL PAZIENTE RAPPRESENTATO _____

ad integrazione delle informazioni ricevute, dichiaro di aver compreso a seguito del colloquio con il Dr. _____ e dai fogli illustrativi che mi sono stati consegnati (che ho letto e siglato e di cui dichiaro di aver ricevuto copia conforma all'originale) le indicazioni, i rischi ed i risultati del trattamento a cui sarò sottoposto.

Sono stato informato anche:

- che in caso di complicazioni potrebbe verificarsi l'eventualità di dover ricorrere necessariamente all'anestesia generale;
- che in caso di complicazioni potrebbe verificarsi l'eventualità di modifiche delle procedure in corso;
- del decorso e dei tempi di degenza prevedibili e delle eventuali varianti possibili nel mio caso;
- delle prescrizioni che mi saranno consegnate con la dimissione, relative alle misure igieniche ed alle terapie da eseguire a domicilio ed ai controlli da effettuare secondo le indicazioni fornite;
- delle motivazioni cliniche che rendono più indicato il trattamento proposto rispetto alle alternative terapeutiche;
- delle possibili alternative terapeutiche al trattamento proposto e dei relativi rischi e complicanze.

ACCETTO, liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, preso atto della situazione illustrata, l'atto sanitario proposto e i cui dettagli sono riportati nell'informativa specifica di seguito riportata;

NON ACCETTO anche dopo supporto psicologico, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto dell'atto sanitario proposto, che può condurre fino a:

Dichiaro inoltre di essere consapevole che in qualunque momento potrò porre ulteriori domande o revocare il CONSENSO, e che verrò comunque curato e assistito.

| | |
|--|---------------------------------|
| Data ____/____/____ | FIRMA INTERESSATO _____ |
| FIRMA DEL RAPPRESENTANTE LEGALE/DELEGATO _____ | |
| FIRMA DEL PROFESSIONISTA SANITARIO _____ | TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____ |

Il presente modulo e l'informativa specifica sono parte integrante della cartella clinica
Procedura: DENOMINAZIONE PROCEDURA

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



Da compilarsi in caso di revoca di consenso precedentemente espresso

ESPRESSIONE DI REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO

lo sottoscritto/a: _____ in qualità di:

- Interessato
- Delegato
- Rappresentante legale

• dopo essere stato informato dei rischi che la mia decisione di revocare il consenso in tutto od in parte comporta per quanto attiene a:

Denominazione Procedura

- 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

Da compilarsi in caso di revoca delle Disposizioni Anticipate di Trattamento
ESPRESSIONE DI REVOCA DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

lo sottoscritto/a: _____
dichiaro di voler **REVOCARRE** 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.

Firma interessato

Dichiarazione acquisita in data ___/___/_____ tramite:

- Dichiarazione Verbale
- Dichiarazione Videoregistrata n° _____

Testo della dichiarazione Verbale:

Raccolta dal Dott.: (Cognome e Nome) _____ Firma _____

In presenza dei seguenti due testimoni:

(Cognome e Nome) _____ Firma _____

(Cognome e Nome) _____ Firma _____

Il presente modulo e l'informativa specifica sono parte integrante della cartella clinica
Procedura: **DENOMINAZIONE PROCEDURA**

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