

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	CONSENSO INFORMATO GENERALE ALLE CURE (OBI/DEGENZE/DH/DS/AMBULATORIO/ADI/PDTA*) (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA / AMBULATORIALE /ADI) <small>*Ricordare che in caso di PDTA è necessario fornire al paziente anche la specifica "Informativa Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA)"</small>	
		Pag. 1 di 2

Reparto/Servizio:			
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
Nato/a a		Il (GG/MM/AAAA)	__/__/____
Codice fiscale			
In qualità di:	<input type="checkbox"/> Diretto interessato <input type="checkbox"/> Rappresentante legale del/la sig./ra:		
Documento d'identità (in caso di rappresentante legale)		n.	del __/__/____
DICHIARO LIBERAMENTE E IN PIENA CONSAPEVOLEZZA:			
<input type="checkbox"/> DI VOLER ESSERE INFORMATO sulle condizioni di salute e sui trattamenti da intraprendere ai fini della gestione del quadro da me sofferto;			
<input type="checkbox"/> DI NON VOLER ESSERE INFORMATO sulle condizioni di salute e sui trattamenti da intraprendere, affidandomi totalmente alle competenze dell'equipe coordinata dal/la dott./dott.ssa _____ al fine della auspicata risoluzione del quadro sofferto e quindi accettando le cure che l'equipe riterrà complessivamente di dover disporre;			
<input type="checkbox"/> DI AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni alle persone di seguito riportate:			
Nome e Cognome		Documento	
Nome e Cognome		Documento	
<input type="checkbox"/> DI NON AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni ad altre persone.			
DICHIARO INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA DEL FATTO CHE:			
<ul style="list-style-type: none"> • sono stato ricoverato nel Reparto/DH/OBI _____ ovvero che sono in un percorso di cura presso il DH/Ambulatorio/Servizio _____ • il motivo del ricovero/percorso di cura è legato alla necessità di accertamenti e cure per il trattamento della seguente patologia: _____ ovvero dei seguenti disturbi principali: _____; • il medico referente per il mio ricovero/percorso di cura in questa fase è il/la dott./dott.ssa/MMG/PLS: _____; • il coordinatore infermieristico del Reparto/DH/OBI/Ambulatorio/Servizio è il/la dott./dott.ssa: _____; • oltre al medico referente ed al coordinatore infermieristico, il responsabile e i medici del Reparto/DH/OBI/Ambulatorio/Servizio sono disponibili, in orari stabiliti e comunicatimi dal coordinatore infermieristico, per fornire tutti i chiarimenti sull'andamento delle cure necessari al sottoscritto, nonché ai soli familiari e conoscenti da me espressamente delegati/autorizzati; • in caso di ricovero la visita medica è un momento diagnostico-terapeutico fondamentale ed è quindi assolutamente necessario che io rimanga nella stanza di degenza assegnatami durante gli orari stabiliti; • l'anamnesi è il racconto della mia malattia, dei miei sintomi/disturbi e di tutti i fatti di rilevanza medica della mia vita, anche di quelli lontani nel tempo e che però possono risultare importanti per la comprensione del quadro; l'anamnesi è completa se c'è piena disponibilità da parte mia a fornire tutte le informazioni; un'anamnesi completa può rappresentare la chiave per la soluzione del problema clinico per cui sono a ricovero; • durante il ricovero/percorso di cura potrò essere sottoposto ai seguenti accertamenti e trattamenti di routinaria applicazione: <ul style="list-style-type: none"> - visita medica (con ispezione corporale, percussione, palpazione ed auscultazione), condotta anche con l'ausilio di strumenti diagnostici (elettrocardiografo, ecografo, ecc.); - prelievi venosi, arteriosi, capillari; 			

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	CONSENSO INFORMATO GENERALE ALLE CURE (OBI/DEGENZE/DH/DS/AMBULATORIO/ADI/PDTA*) (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA / AMBULATORIALE /ADI)	
*Ricordare che in caso di PDTA è necessario fornire al paziente anche la specifica "Informativa Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA)"		Pag. 2 di 2

<ul style="list-style-type: none"> - campionamento di urine, feci, saliva od altro materiale biologico (es. da drenaggi); - tamponi; - esami ematochimici, colturali e sierologici; - rilevazione dei parametri vitali (pressione, temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria); - assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitativa secondo il piano di cura; - terapia farmacologica somministrata secondo prescrizione medica; - medicazioni ed inserimenti di dispositivi medici di prima necessità (cateteri vescicali, agocannule, ecc.); - applicazione/rimozione punti di sutura. <ul style="list-style-type: none"> • è importante che comunichi ai medici e al personale notizie relative ai farmaci che assumo abitualmente anche se si tratta soltanto di lassativi, antidolorifici o sciroppi per la tosse, allo scopo di rendere possibile la riconciliazione terapeutica in corso di ricovero; • è in ogni caso imprescindibile che aderisca alle prescrizioni igienico-comportamentali impartite dai curanti, essenziali anche allo scopo di ridurre il rischio di ulteriori patologie (tra cui le infezioni correlate all'assistenza e le lesioni da decubito) o di cadute accidentali; • tutte le informazioni che trasmetterò ai curanti ed al personale di assistenza e tutti i dati che i curanti ed il personale di assistenza ricaveranno dagli accertamenti e dai trattamenti che saranno eseguiti sulla mia persona sono riservati e coperti dal segreto professionale; potranno essere utilizzati per eventuali scopi di ricerca e studio, anche con finalità di pubblicazione su riviste scientifiche, ma solo nel rispetto della anonimizzazione; • le attività di assistenza e cura possono essere effettuate anche da personale medico specialista in formazione (cd. medico specializzando), con graduale acquisizione di autonomia, ma con rapporto a medico strutturato con funzione di tutor; • durante il ricovero/percorso di cura, potrò essere sottoposto ad accertamenti e cure da parte dei curanti alla presenza di tirocinanti <p>Dichiaro inoltre di aver compreso le informazioni che mi sono state date/le informative ricevute o esposte nelle sale di attesa dei poliambulatori e di essere stato/a informato/a della possibilità di rivolgere, in ogni momento, ulteriori domande di chiarimento al medico referente come pure di ricevere comunicazioni tempestive di eventuali variazioni del programma diagnostico-terapeutico routinario.</p> <p>Io stesso/a, in qualsiasi momento potrò decidere di interrompere, ove tecnicamente possibile, i trattamenti/atti ordinari proposti, senza pregiudicare il rapporto con l'equipe di diagnosi, cura e assistenza.</p>			
AVENDO COMPRESO CHIARAMENTE QUANTO MI È STATO ILLUSTRATO, VOLONTARIAMENTE:			
<input type="checkbox"/> ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette;			
<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette.			
Firma della persona assistita / genitori / tutore legale			
Firma leggibile del medico*			
*(firma leggibile del personale ADI per il domicilio)			
NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)			
Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.			
Nome Cognome ed estremi documento med. culturale		Firma	
Data e ora di acquisizione del consenso			