

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>REGIONE LAZIO</b><br><b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|                                                                                   | <b>CONSENSO INFORMATO GENERALE ALLE CURE (OBI/DEGENZE/DH/DS/AMBULATORIO/PDTA*)</b><br>(DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA / AMBULATORIALE)<br><br><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                                                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                      |                           |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------|
| <b>Reparto/Servizio:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                      |                           |               |
| <b>Io sottoscritto/a</b><br>(Nome e Cognome)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                      |                           |               |
| <b>Nato/a a</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                      | <b>II</b><br>(GG/MM/AAAA) | _ / _ / _     |
| <b>Documento d'identità</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                      | n.                        | del _ / _ / _ |
| <b>In qualità di:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Diretto interessato<br><input type="checkbox"/> Rappresentante legale del/la sig./ra: _____ |                           |               |
| <b>DICHIARO LIBERAMENTE E IN PIENA CONSAPEVOLEZZA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                      |                           |               |
| <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;<br><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;<br><input type="checkbox"/> DI AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni alle persone di seguito riportate:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                      |                           |               |
| <b>Nome e Cognome</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                      | <b>Documento</b>          |               |
| <b>Nome e Cognome</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                      | <b>Documento</b>          |               |
| <input type="checkbox"/> DI NON AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni ad altre persone.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                      |                           |               |
| <b>DICHIARO INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA DEL FATTO CHE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                      |                           |               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• sono stato ricoverato nel Reparto/DH/OBI _____ ovvero che sono in un percorso di cura presso il DH/Ambulatorio _____</li> <li>• 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: _____</li> <li>• il medico referente per il mio ricovero/percorso di cura in questa fase è il/la dott./dott.ssa: _____;</li> <li>• il coordinatore infermieristico del Reparto/DH/OBI/Ambulatorio è il/la dott./dott.ssa: _____;</li> <li>• oltre al medico referente ed al coordinatore infermieristico, il responsabile e i medici del Reparto/DH/OBI/Ambulatorio 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;</li> <li>• 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;</li> <li>• 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;</li> <li>• durante il ricovero/percorso di cura potrò essere sottoposto ai seguenti accertamenti e trattamenti di routinaria applicazione:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- visita medica (con ispezione corporale, percussione, palpazione ed auscultazione), condotta anche con l'ausilio di strumenti diagnostici (elettrocardiografo, ecografo, ecc.);</li> <li>- prelievi venosi, arteriosi, capillari;</li> <li>- campionamento di urine, feci, saliva od altro materiale biologico (es. da drenaggi);</li> <li>- tamponi;</li> </ul> </li> </ul> |                                                                                                                      |                           |               |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |              |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- esami ematochimici, colturali e sierologici;</li> <li>- rilevazione dei parametri vitali (pressione, temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria);</li> <li>- assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitativa secondo il piano di cura;</li> <li>- terapia farmacologica somministrata secondo prescrizione medica;</li> <li>- medicazioni ed inserimenti di dispositivi medici di prima necessità (cateteri vescicali, agocannule, ecc.);</li> <li>- applicazione/rimozione punti di sutura.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• è importante che comunichi ai medici 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;</li> <li>• 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;</li> <li>• 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;</li> <li>• 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 riporto a medico strutturato con funzione di tutor;</li> <li>• durante il ricovero/percorso di cura, potrò essere sottoposto ad accertamenti e cure da parte dei curanti alla presenza di tirocinanti</li> </ul> <p>Dichiaro inoltre di aver compreso le informazioni che mi sono state date/ delle informative 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 propostimi, senza pregiudicare il rapporto con l'equipe di diagnosi, cura e assistenza.</p> |  |              |  |
| <b>AVENDO COMPRESO CHIARAMENTE QUANTO MI È STATO ILLUSTRATO, VOLONTARIAMENTE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |              |  |
| <input type="checkbox"/> ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette;<br><input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |              |  |
| <b>Firma della persona assistita / genitori / tutore legale</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |              |  |
| <b>Firma del medico</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |              |  |
| <b>NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |              |  |
| <b>Nome Cognome ed estremi documento testimone 1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <b>Firma</b> |  |
| <b>Nome Cognome ed estremi documento testimone 2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <b>Firma</b> |  |
| <b>PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |              |  |
| <p>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.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |              |  |
| <b>Nome Cognome ed estremi documento med. culturale</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | <b>Firma</b> |  |
| <b>Data e ora di acquisizione del consenso</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |              |  |