


	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	CONSENSO INFORMATO ALLE CURE – CSM RIETI – CSM POGGIO MIRTETO – CSM SAN PAOLO	

CONSENSO INFORMATO GENERALE ALLE CURE			
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
Nato/a a		Il (GG/MM/AAAA)	__ / __ / ____
Documento d'identità		n.	del __ / __ / ____
In qualità di:	<input type="checkbox"/> Diretto interessato <input type="checkbox"/> Rappresentante legale del/la sig./ra: _____ <input type="checkbox"/> Genitore/tutore se l'interessato è minorenni o interdetto: _____		
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 auspicata risoluzione del quadro 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 di _____ ovvero che sono in un percorso di cura presso il CSM di _____ • il motivo del 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 percorso di cura in questa fase è il/la dott./dott.ssa: _____; • il coordinatore infermieristico dell'Ambulatorio è il/la dott./dott.ssa: • l'anamnesi è il racconto della mia malattia, dei miei sintomi/disturbi e di tutti i fatti di rilevanza medica e psicologica 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 mio problema clinico; • durante il percorso di cura potrò essere sottoposto ai seguenti accertamenti e trattamenti di routinaria applicazione: <ul style="list-style-type: none"> - visita psichiatrica – visita psicologica (sedute individuali e/o di gruppo); - prelievi venosi per esami ematochimici e/o tossicologico su urine; - sociale; - rilevazione dei parametri vitali (pressione, temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria); - accoglienza e triage infermieristico, trattamento riabilitativo secondo il piano di cura; - terapia farmacologica somministrata secondo prescrizione medica; - somministrazione di test e scale di valutazione (psicologiche – infermieristiche – sociali – riabilitative); - altro _____ 			

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	CONSENSO INFORMATO ALLE CURE – CSM RIETI – CSM POGGIO MIRTETO – CSM SAN PAOLO	

- è importante che comunichi ai medici notizie relative ai farmaci che assumo abitualmente;
- 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;
- tutte le informazioni che trasmetterò ai curanti e al personale di assistenza e tutti i dati che i curanti e il personale di assistenza riceveranno 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; verranno inseriti nel sistema informativo regionale e del database DTSPM;
- 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;
- durante il percorso di cura, potrò essere sottoposto ad accertamenti e cure da parte dei curanti alla presenza di tirocinanti.

Dichiaro inoltre di aver compreso le informazioni che mi sono state date 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.

Io stesso/a, in qualsiasi momento potrò decidere di interrompere, se tecnicamente possibile, i trattamenti/atti ordinari propostimi, senza pregiudicare il rapporto con l'equipe di diagnosi, cura e assistenza.

AVENDO COMPRESO CHIARAMENTE QUANTO MI È STATO ILLUSTRATO, VOLONTARIAMENTE:

- ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette;
- NON ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette.

Firma della persona assistita / genitori / tutore legale	
---	--

Firma del medico	
-------------------------	--

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	
--	--