

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	CONSENSO INFORMATO ALLE CURE – DSM – UOC PATOLOGIA DA DIPENDENZA	

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 minorenne 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 in un percorso di cura presso l'Ambulatorio _____ della U.O.C. Patologia da Dipendenza • il motivo del percorso di cura è legato alla necessità di accertamenti e cure per un disturbo da _____: • il referente per il mio percorso di cura in questa fase 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"> <input type="checkbox"/> Medico: _____ <input type="checkbox"/> Farmacologico: _____ <input type="checkbox"/> prelievi venosi e/o tossicologico su urine quest'ultime verificate anche con l'ausilio di strumenti di videosorveglianza <input type="checkbox"/> Psicologico (individuale e/o di gruppo): _____ <input type="checkbox"/> Sociale: _____ <input type="checkbox"/> Trattamenti residenziali e semiresidenziali: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____ • è importante che comunichi ai medici notizie relative ai farmaci che assumo abitualmente; • 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 					

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	CONSENSO INFORMATO ALLE CURE – DSM – UOC PATOLOGIA DA DIPENDENZA	ALLEGATO 1 – DSM P/110/01/2023 Pag. 2 di 2

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 e verranno comunque inseriti nel **Sistema Informativo Regionale Dipendenze**;

- le attività di assistenza e cura possono essere effettuate anche da personale specialista in formazione con graduale acquisizione di autonomia, ma con riporto a personale strutturato con funzione di tutor;
- durante il percorso di cura, potrò essere sottoposto ad accertamenti e cure anche 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