


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

<b>CONSENSO INFORMATO GENERALE ALLE CURE</b>			
<b>Io sottoscritto/a</b> (Nome e Cognome)			
<b>Nato/a a</b>		<b>Il</b> (GG/MM/AAAA)	_ / _ / _
<b>Documento d'identità</b>		<b>n.</b>	<b>del</b> _ / _ / _
<b>In qualità di:</b>	<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: _____		
<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 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:			
<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 in un percorso di cura presso l'Ambulatorio _____ della U.O.C. Patologia da Dipendenza</li> <li>• il motivo del percorso di cura è legato alla necessità di accertamenti e cure per un disturbo da _____:</li> <li>• il referente per il mio percorso di cura in questa fase è il/la dott./dott.ssa: _____;</li> <li>• 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;</li> <li>• durante il percorso di cura potrò essere sottoposto ai seguenti accertamenti e trattamenti di routinaria applicazione:               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Medico: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Farmacologico: _____</li> <li><input type="checkbox"/> prelievi venosi e/o tossicologico su urine quest'ultime verificate anche con l'ausilio di strumenti di videosorveglianza</li> <li><input type="checkbox"/> Psicologico (individuale e/o di gruppo): _____</li> <li><input type="checkbox"/> Sociale: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Trattamenti residenziali e semiresidenziali: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Altro: _____</li> </ul> </li> <li>• è importante che comunichi ai medici notizie relative ai farmaci che assumo abitualmente;</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</li> </ul>			

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>CONSENSO INFORMATO ALLE CURE – DSM – UOC PATOLOGIA DA DIPENDENZA</b>	<b>ALLEGATO 1 – DSM</b> <b>P/110/01/2023</b> 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, potrà 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 proposti, 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**