


	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	CONSENSO INFORMATO ALLE CURE – DSM – COMUNITA' TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PSICHIATRICHE	

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"> • Trattasi di un percorso di cura residenziale presso la Comunità Terapeutica Riabilitativa Psichiatrica _____ del DSM-DP di Rieti • il motivo del percorso di cura è legato alla necessità di effettuare un trattamento terapeutico-riabilitativo residenziale, come da Progetto Terapeutico Individuale definito dal Centro di Salute Mentale al quale sono in carico per _____: • il/i referente/i per il mio percorso di cura in questa fase è/sono 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 tossicologici _____ <input type="checkbox"/> Psicologico (individuale e/o di gruppo): _____ <input type="checkbox"/> Sociale: _____ <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 sono riservati e coperti dal segreto professionale, e verranno inseriti nel data-base del DSM-DP e nel Sistema 			

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	CONSENSO INFORMATO ALLE CURE – DSM – COMUNITA' TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PSICHIATRICHE	

<p>Informativo Regionale; potranno essere utilizzati per eventuali scopi di ricerca e studio, anche con finalità di pubblicazione su riviste scientifiche, ma solo nel rispetto dell'anonimato ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; <p>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.</p> <p>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.</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 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	