
	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>INFORMATIVA SUL PERCORSO DI CURA E SUL          CONSENSO GENERALE ALLE CURE IN PS/DEA</b> (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	

Gentile Signora/Signore,

durante l'attesa del Suo turno di accesso nella sala visite, invitiamo Lei, o chi è titolato in Sua vece (accompagnatore di sua fiducia che intende delegare a ricevere le informazioni, o se persona minore o incapace il rappresentante legale), a leggere questa informativa contenente informazioni utili sulla Sua permanenza e sugli accertamenti sanitari effettuati presso il Pronto Soccorso o Dipartimento di Emergenza e Accettazione (di seguito PS/DEA) di questa struttura.

#### **Sala di attesa triage**

Dopo l'apertura della Sua scheda di Pronto Soccorso, è invitato a non allontanarsi o ad abbandonare arbitrariamente i locali del PS/DEA senza aver informato gli operatori del triage o il medico che l'ha visitata. Nel caso di persone minori o incapaci giuridici, o di accompagnatore delegato a ricevere le informazioni o di *caregiver*, è necessario che la/le persone titolate, al fine di esser reperibili, si attengano alle indicazioni che gli saranno date, dal personale del PS, fornendo le modalità di contatto e restando presso i locali PS/DEA o altra zona indicata. Durante la permanenza nel Pronto Soccorso (sala attesa, visita etc.), nel caso in cui Lei non risponda alla chiamata degli operatori sanitari, la cartella clinica viene chiusa con annotazione dell'orario di chiamata.

#### **Ingresso nel PS/DEA, prime cure ed accertamenti**

L'ingresso in PS/DEA comporta una prima valutazione, cosiddetta di triage, delle condizioni cliniche della persona assistita con il rilievo di sintomi e parametri di base (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura, ossigenazione del sangue, etc.) e l'assegnazione di un codice che riguarda la priorità sui tempi di attesa della visita in relazione alla gravità del quadro clinico e non l'ordine di arrivo al PS/DEA. I tempi di attesa, infatti, non sono prevedibili, dipendendo non solo dal numero di persone che accedono al PS/DEA, ma soprattutto dalla gravità delle loro condizioni cliniche. Ricordiamo, infatti, che gli accertamenti clinici, strumentali, di laboratorio, nonché le cure prestate presso il PS/DEA, sono essenzialmente volte al trattamento di gravi alterazioni dei parametri vitali e di forme acute di patologie primitive o di riacutizzazioni che richiedono la stabilizzazione delle funzioni vitali (cardiaca, respiratoria e neurologica) e il trattamento di sintomi e segni patologici acuti potenzialmente gravi. Qualora necessario, al trattamento in PS/DEA segue il ricovero in uno specifico reparto per proseguire gli accertamenti di diagnosi e cura, nello stesso ospedale o in altra struttura sanitaria in relazione alla disponibilità di posti letto o della necessità di effettuazione di cure non erogabili presso il nostro Presidio Ospedaliero.

#### **Situazioni di emergenza**

Gli operatori sanitari intraprendono immediatamente i trattamenti sanitari indispensabili o necessari per sostenere o rianimare le funzioni vitali compromesse della persona assistita che si trova in pericolo di vita. In questi casi non si procede all'acquisizione del Consenso Informato (e alla sottoscrizione di questo modulo), perché prevale la necessità di salvare la persona assistita dal pericolo attuale di un danno grave per la salute o per la vita non altrimenti evitabile (art. 54 Codice Penale).

#### **Situazioni di urgenza**



Gli operatori sanitari, compatibilmente con le condizioni cliniche, informano la persona assistita, la persona legittimata che l'accompagna (in caso di persona incapace o minore), o per casi particolari il giudice tutelare, dell'urgenza dell'iter diagnostico-terapeutico da intraprendere, prima possibile, in base a criteri e tempi d'intervento stabiliti da Linee Guida e buone pratiche cliniche. L'eventuale rifiuto di tutto o parte dell'iter diagnostico-terapeutico urgente viene annotato, contestualmente all'informazione sulle possibili conseguenze sulla salute, nella cartella clinica di Pronto Soccorso, che deve essere sottoscritta dalla persona assistita o dalla persona legittimata.

#### **Sala visita ed accertamenti – consenso generale a prestazioni per prime cure e accertamenti diagnostici**

Per le prime cure e accertamenti diagnostici in base alle risultanze della visita medica.

In particolare a:

- visita medica (con ispezione corporale, percussione, palpazione ed auscultazione), condotta anche con l'ausilio di strumenti diagnostici (elettrocardiografo, ecografo, ecc.);
- prelievi venosi, arteriosi, capillari;
- campionamento di urine, feci, saliva od altro materiale biologico (es. da drenaggi);
- tamponi, esami ematochimici, colturali e sierologici;
- rilevazione dei parametri vitali (pressione, temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria);
- assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitativa secondo il piano di cura;
- terapia farmacologica somministrata secondo prescrizione medica;

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
<p><b>INFORMATIVA SUL PERCORSO DI CURA E SUL CONSENSO GENERALE ALLE CURE IN PS/DEA</b> (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)</p>		<p>ALLEGATO 4 P/110/01/2023 Pag. 2 di 3</p>

- medicazioni ed inserimenti di dispositivi medici di prima necessità (cateteri vescicali, agocannule, ecc.);
- applicazione/rimozione punti di sutura;
- consulenze specialistiche;
- esami radiologici di base (ecografie o Rx).
- E' importante che comunichi ai medici notizie relative ai farmaci che assume 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;
- 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;
- tutte le informazioni che verranno trasmesse 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 Sua 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 loro completa anonimizzazione;
- le attività di assistenza e cura possono essere effettuate anche da personale medico specialista in formazione (cd. medico specializzando), o da personale delle Professioni Sanitarie in formazione, con graduale acquisizione di autonomia, ma sempre sotto la supervisione e responsabilità del personale tutor strutturato con riporto a medico strutturato.

#### Consenso specifico

In base all'evoluzione della Sua situazione, Le potranno venire proposti altri accertamenti e trattamenti sanitari per i quali sarà chiesta, a Lei o a chi è titolato, la sottoscrizione un consenso specifico. Le procedure necessarie per diagnosi e cure eventualmente rifiutate in toto o in parte, da Lei o da chi è titolato, previa informazione dei rischi e delle conseguenze per la salute, immediate e successive, verranno annotate dal sanitario nella cartella clinica di Pronto Soccorso.

#### Rifiuto o revoca alle cure nelle persone assistite giuridicamente incapaci e negli incapaci adulti in assenza di DAT

Nel caso di persone assistite incapaci, qualora il rappresentante legale della persona rifiuti o revochi le cure proposte (trattamenti e/o accertamenti) ritenute appropriate e necessarie dal medico e in assenza di Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), qualora le condizioni di salute ne consentano la differibilità, il medico segnala l'opposizione o la revoca al Giudice Tutelare cui è rimessa la decisione. Laddove i trattamenti siano ritenuti necessari e non differibili, il medico procede tempestivamente alle cure ritenute indispensabili, segnalando al più presto la situazione all'Ufficio del Giudice Tutelare affinché provveda alla nomina di un amministratore di sostegno per gli adulti incapaci in assenza di DAT o alla nomina di un tutore provvisorio per i minori privi di rappresentanza legale (Stato di necessità, art. 54 cp).

#### Permanenza nel DEA

All'esito degli accertamenti e dei trattamenti sanitari effettuati, il medico può decidere di disporre:

- dimissioni al domicilio, con relative indicazioni da seguire;
- invio al curante, con relative indicazioni;
- invio a controlli ambulatoriali, con relative indicazioni;
- ricovero, in base alle disponibilità di posti letto, presso un reparto dello stesso ospedale o di altra struttura sanitaria in caso di necessità di cure non erogabili presso il nostro Presidio Ospedaliero;
- ricovero presso un reparto di appoggio dello stesso ospedale in attesa di posto letto nel reparto idoneo;
- trasferimento ad altra struttura che abbia dato l'assenso.



Lei o chi da Lei titolato, può manifestare un esplicito e formale dissenso circa:

- la proposta di ricovero. In questo caso può chiedere le dimissioni dal Pronto Soccorso contro il parere dei sanitari previa informazione da parte degli stessi dei rischi e delle conseguenze, immediate e a distanza, che la decisione assunta, di essere dimessi comporta per la Sua salute;
- la proposta di trasferimento presso altra struttura sanitaria. In questo caso, per effetto delle disposizioni regionali, il rifiuto del trasferimento equivale a un rifiuto di ricovero in urgenza.

Lei ha la 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.

#### Possibilità di interruzione trattamenti

Lei stesso/a o chi la rappresenta legalmente, potrà decidere in qualsiasi momento di interrompere, se tecnicamente possibile, i trattamenti/atti ordinari propostimi, senza pregiudicare il rapporto con l'equipe di diagnosi, cura e assistenza.

	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>INFORMATIVA SUL PERCORSO DI CURA E SUL          CONSENSO GENERALE ALLE CURE IN PS/DEA</b> (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	

<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: _____		
<b>DICHIARO LIBERAMENTE E IN PIENA CONSAPEVOLEZZA:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>· DI VOLER ESSERE INFORMATO sulle condizioni di salute e sui trattamenti da intraprendere ai fini della auspicata risoluzione del quadro sofferto</li> <li>· 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;</li> <li>· DI AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni alle persone di seguito riportate:</li> </ul>			
<b>Nome e Cognome</b>			
<b>Nome e Cognome</b>			
<input type="checkbox"/> DI NON AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni ad altre persone.			
<b>HO LETTO E COMPRESO L'INFORMATIVA ESPOSTA PRESSO LA SALA DI ATTESA COME INDICATO DAGLI OPERATORI SANITARI</b>			
<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.			
<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>			
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.			
<b>Nome Cognome ed estremi documento med. culturale</b>		<b>Firma</b>	
<b>Data e ora di acquisizione del consenso</b>			