


 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	CONSENSO PER LA CONTENZIONE TEMPORANEA DEI PAZIENTI (SOTTOSCRIZIONE – REVOCA) (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	ALLEGATO 8 Cod. P/110/01/2023 ALLEGATO 12 Cod. P/110/06/2023

SOTTOSCRIZIONE CONSENSO PER LA CONTENZIONE TEMPORANEA	
Reparto/Servizio: _____	
<p style="text-align: center;"><u>Diretto interessato</u></p> <p>Il sottoscritto Sig./Sig.ra: _____ nato/a a _____ in data ____/____/_____ resid.te/dom.to in _____ (____) via/p.zza _____ N. ____ tel. _____ n. cell _____ e-mail _____@_____</p>	<p style="text-align: center;"><u>Genitori</u></p> <p>Per il paziente _____ I sottoscritti genitori: (1) _____ nato/a a _____ in data ____/____/_____ resid.te/dom.to in _____ (____) via/p.zza _____ N. ____ tel. _____ e-mail _____@_____</p> <p>(2) _____ nato/a a _____ in data ____/____/_____ resid.te/dom.to in _____ (____), via/p.zza _____ N. ____ tel. _____ e-mail _____@_____</p>
<p style="text-align: center;"><u>In caso di incapacità dei pazienti: totale e/o parziale, permanente e/o momentanea</u> (barrare con una X)</p> <p>Curatore _____ Tutore _____ Amministratore di sostegno _____ Rappresentante legale _____</p> <p>Per il paziente _____</p> <p>Il sottoscritto _____ nato/a a _____ in data ____/____/_____ (C.F.: _____ resid.te/dom.to in _____ (____), via/p.zza _____ n. _____ n. tel. _____ e-mail _____@_____</p>	
<p>Informato/a sulla necessità di ricorrere all'utilizzo dei seguenti mezzi di protezione e tutela personale:</p> <p> <input type="checkbox"/> Spondine per letto <input type="checkbox"/> Cintura per carrozzina <input type="checkbox"/> Tavolino per carrozzina <input type="checkbox"/> Bracciali di immobilizzazione <input type="checkbox"/> Fascia toracica <input type="checkbox"/> Farmaci (tranquillanti e sedativi) _____ </p> <p>Al fine di _____</p>	

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	CONSENSO PER LA CONTENZIONE TEMPORANEA DEI PAZIENTI (SOTTOSCRIZIONE – REVOCA) (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	ALLEGATO 8 Cod. P/110/01/2023 ALLEGATO 12 Cod. P/110/06/2023

Reso edotto da parte del personale sanitario sulle motivazioni e sulle indicazioni che rendono necessaria e non procrastinabile la contenzione temporanea secondo le modalità indicate, fermo restando l'attività di vigilanza che il personale eserciterà durante il periodo della contenzione temporanea applicata

ACCETTO

NON ACCETTO

l'adozione dei mezzi di protezione e tutela personale sopra specificati.

DICHIARO inoltre, di essere stato informato che qualunque intervento di tipo contenitivo è la risultante di un processo in cui l'equipe multi-professionale ha attuato, in "scienza e coscienza", ogni tentativo per evitarla mediante l'individuazione, la correzione e la rimozione di tutte le cause di impropria applicazione.

DICHIARO inoltre di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento.

Firma della persona assistita / genitori / tutore legale	
Firma del medico	
Firma degli operatori presenti	
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 mediatore culturale	Firma
Data e ora di acquisizione del consenso	

REVOCA CONSENSO PER LA CONTENZIONE TEMPORANEA	
Firma del dichiarante	
Firma del medico	
Firma degli operatori presenti	
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 mediatore culturale	Firma
Data e ora	
INFORMATO dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto delle cure che può condurre fino a (specificare):	