

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AL MOMENTO DELL'INGRESSO

PARTE I - DATI IDENTIFICATIVI

GENERALITA' e Dati identificativi dell'Utente:

Cognome Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Dati del tutore o dell'amministratore di sostegno o del curatore speciale (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale):

NB: va allegata la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante

Cognome Nome _____

Data e luogo di nascita _____

PARTE II - DATI SANITARI (a cura del medico/operatore sanitario)

In relazione al ricovero nella RSA dell'Utente sopra indicato, relativamente alle attività che comportano erogazione diretta di prestazioni diagnostiche terapeutiche, si segnalano i processi per cui si richiede consenso informato.

Sintesi situazione clinica determinante per l'avvio di straordinarie prestazioni:

FONDAZIONE "Contessa RIZZINI - ONLUS"

Via Volto, 16 – 46040 GUIDIZZOLO (MN)

Tel. e Fax. 0376/819120

P.I. 01334910203 – C.F. 81000190207

e-mail info@fondazionerizzini.com

Atti sanitari proposti :

	posizionamento sondino nasogastrico
	trasfusione di sangue
	Vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica
	pratiche di contenzione
✓	somministrazione di terapie farmacologiche
✓	esecuzione di terapie fisiche
✓	utilizzo di farmaci antipsicotici tipici e atipici e farmaci off-label
	accertamenti hiv
✓	Prevenzione e curretage di piaga da decubito
✓	sutura chirurgica di ferite lacerocontuse
✓	clisma con sonda rettale
✓	posizionamento catetere vescicale
✓	ossigenoterapia
✓	broncoaspirazione
✓	somministrazione di morfina e antidolorifici della medesima classe
	posizionamento sonda p.e.g.
✓	invio presso altre strutture sanitarie per essere sottoposti ad indagini diagnostico-strumentali
	Altro _____
	Altro _____

FONDAZIONE "Contessa RIZZINI - ONLUS"

Via Volto, 16 – 46040 GUIDIZZOLO (MN)

Tel. e Fax. 0376/819120

P.I. 01334910203 – C.F. 81000190207

e-mail info@fondazionerizzini.com

Comunicazioni finalizzate all'informazione consapevole e cosciente dell'utente in relazione alle caratteristiche soggettive del destinatario e alla natura dell'intervento sanitario:

Modalità di effettuazione dell'atto sanitario	si	no
Possibilità, probabilità ed estensione dei risultati conseguibili	si	no
Condizioni concomitanti che costituiscono fattori di rischio	si	no
Conseguenze prevedibili (sia temporanee, sia permanenti – eventuali ricadute nell'ambito della vita familiare, sociale e sulle attività occupazionali	si	no
Eventuali rischi e complicanze: (grado di possibilità del loro verificarsi e della loro risoluzione; modalità di risoluzione)	si	no
Possibilità di scelta tra cure diverse o diverse tecniche operatorie (con relativi vantaggi e rischi)	si	no
Eventuali patologie che, con maggior probabilità, potranno essere scoperte nel corso dell'intervento	si	no
Conseguenze derivanti dal rifiuto dell'atto sanitario	si	no
Si sono fornite le informazione sull'atto sanitario proposto, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale del consenso informato	si	no

Data

Firma del medico

FONDAZIONE "Contessa RIZZINI - ONLUS"

Via Volto, 16 – 46040 GUIDIZZOLO (MN)

Tel. e Fax. 0376/819120

P.I. 01334910203 – C.F. 81000190207

e-mail info@fondazionerizzini.com

PARTE III - ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto:

Cognome Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Dati del tutore o dell'amministratore di sostegno o del curatore speciale (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale):

NB: va allegata la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante

Cognome Nome _____

Data e luogo di nascita _____

dichiaro:

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sugli atti sanitari proposti ed in particolare sulle possibilità di successo, potenziali benefici e rischi, possibili complicanze e possibili conseguenze del non trattamento, possibili alternative e relativi benefici, rischi e complicanze, e di averle effettivamente comprese, attraverso:

- l' informativa fornita anche mediante nota informativa scritta;
- il colloquio con un medico/operatore sanitario;
(barrare la/le modalità di informativa)

di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima degli interventi;

di ACCETTARE

di NON ACCETTARE

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto/atti sanitario/i proposto/i.

osservazioni: _____

Data _____

Firma
