



PARROCCHIA di S. MARTINO VESCOVO
Casa Madonna della Fiducia



DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO RELATIVO ALLA PRESA IN CARICO DA PARTE DELLA RSA DELL'OSPITE _____

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a..... Prov..... il.....

Residente a..... Prov..... Via/P.zza n°.....

Telefono..... Cellulare

In qualità di

- Ospite Amministratore di sostegno Tutore e/o curatore
- Parente
- Altro

PREMESSO

Che l'assistenza è garantita dalla Struttura come specificato nella Carta dei Servizi, nel rispetto della normativa regionale e nazionale,

Che l'assistenza medica è assicurata dal personale Medico interno e che la Struttura provvede alla cancellazione dell'ospite dagli elenchi assistiti del Medico di Medicina Generale,

DICHIARA

Di essere stato informato che l'assistenza sanitaria è garantita dalla presa in carico da parte del Medico di Struttura.

Di essere stato informato, in modo chiaro, esauriente e comprensibile, riguardo le cure e le procedure assistenziali messe in atto presso la RSA Casa Madonna della Fiducia.

Di essere stato informato che durante la degenza saranno garantite le terapie farmacologiche e le pratiche terapeutiche necessarie, con particolare riferimento ad eventuali trattamenti palliativi del dolore, cateterismi venosi e vescicali, interventi di piccola chirurgia (curettage chirurgico), se necessari alla sopravvivenza e di efficacia stabilita dalle linee guida locali e dalle evidenze internazionali.

Di essere stato informato che durante la degenza saranno effettuate, laddove se ne ravvisi la necessità, visite ordinarie e specialistiche, controlli ematici, somministrazione di test di valutazione delle performance cognitive, funzionali e sociali della persona, attività di ricerca (studi osservazionali) che si dovessero rendere necessarie in senso diagnostico, terapeutico ed assistenziale.

Di essere stato informato dei rischi potenziali comuni ed individuali, e che saranno disposte misure di protezione individuale contro eventuali agenti lesivi (ivi comprese vaccinazioni individuali o misure di isolamento funzionale).



PARROCCHIA di S. MARTINO VESCOVO
Casa Madonna della Fiducia



Di essere stato informato che in caso di emergenza, senza necessità di ulteriore consenso, il medico, coadiuvato dal personale sanitario, potrà effettuare ogni tipo di trattamento farmacologico e non farmacologico, posizionamento di sondino naso-gastrico, cateterismo venoso o vescicale, bronco-aspirazione, metodiche elettrofisiologiche, trasporto presso nosocomio o Pronto Soccorso, purché tali misure siano sostenute da adeguate evidenze scientifiche e non siano lesive della salvaguardia e della integrità psico-fisica della persona.

Di essere stato informato che le pratiche precedentemente descritte saranno messe in atto compatibilmente con le condizioni generali e nel rispetto della dignità della persona, a salvaguardia dell'integrità individuale e di terzi, e senza che costituiscano accanimento terapeutico od ostacolo alla serenità in una fase di patologia in stadio avanzato e/o terminale, nel rispetto del principio dell'umanità delle cure.

Di essere stato informato che quanto sopra comporta la cancellazione dagli elenchi del proprio medico di Medicina generale.

Consapevole di queste esigenze, esprimo il mio consenso per il passaggio ai medici della struttura ed esprimo il mio consenso alla cura da parte degli stessi, con le modalità sopra descritte.

Ribadisco esplicitamente tutti gli impegni e i consensi espressi in ogni parte di questo modulo

Data _____

IL DICHIARANTE
