



DATI IDENTIFICATIVI PAZIENTE			
Cognome	Nome	Sesso	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Data di nascita (gg.mm.aa)	Comune di nascita	Provincia di nascita	Stato di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATI IDENTIFICATIVI MEDICO REFERENTE			
Cognome		Nome	

La/Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto dal Medico Referente:

informazioni chiare e complete relative al proprio stato di salute e di aver ben compreso termini e modalità del **Progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato (PTRP)** proposto dal medico durante il periodo di inserimento nella SRP.

Il PTRP prevede la possibilità di

- visita medica;
- assistenza infermieristica;
- assistenza psicologica e sociale;
- assistenza riabilitativa secondo il piano di cura;
- rilevazione dei parametri vitali (ad es.: pressione, temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria);
- prelievi venosi, campionamento di urine, feci e altro materiale biologico, tamponi;
- terapia farmacologica somministrata secondo prescrizione medica.

Con la presente scrittura, autorizzo la SRP Samadi a comunicare notizie ed informazioni relative al mio stato di salute ed alle terapie in corso e a coloro che si trovano qui sotto elencati:

NOME E COGNOME	RELAZIONE	FIRMA
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> PARENTE <input type="checkbox"/> CURATORE <input type="checkbox"/> TUTORE <input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO <input type="checkbox"/> PERSONA DI FIDUCIA (.....)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> PARENTE <input type="checkbox"/> CURATORE <input type="checkbox"/> TUTORE <input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO <input type="checkbox"/> PERSONA DI FIDUCIA (.....)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> PARENTE <input type="checkbox"/> CURATORE <input type="checkbox"/> TUTORE <input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO <input type="checkbox"/> PERSONA DI FIDUCIA (.....)	<input type="text"/>

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO				
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)				
Documento d'identità		n.		del
In qualità di:	<input type="checkbox"/> Diretto interessato <input type="checkbox"/> Curatore* <input type="checkbox"/> Tutore * <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno* *Allegare atto di nomina del legale rappresentante			

DICHIARO

- di essere stata/o informata/o in modo completo, aggiornato e a me comprensibile riguardo al mio stato di salute, alla diagnosi, alla prognosi ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari del programma terapeutico per esso indicati,
- di essere stata/o informata/o riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto dei trattamenti sanitari, degli accertamenti diagnostici o della rinuncia ai medesimi
- di essere stata/o informata/o della possibilità che i trattamenti, una volta avviati, possano essere interrotti a mia richiesta, se questo non reca pregiudizio all'attività assistenziale;
- che tutte le nozioni mi sono state esaurientemente illustrate dal Medico e da me completamente comprese, che ho anche ricevuto una dettagliata informazione in merito a tali trattamenti e avuto risposte chiare ed esaurienti a tutte le mie domande.

PERTANTO

<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO
-------------------------------------	---

LIBERAMENTE E CONSAPEVOLMENTE ALL'ATTIVAZIONE DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO-RIABILITATIVO

Roma, ___/___/_____

Firma Paziente/Curatore/Tutore/Amministratore di sostegno

Firma 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.....



MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO

DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO/ATTO SANITARIO

(L. 22 dicembre 2017 n. 219)

PERSONA CAPACE

Gentile Signore/Signora

L'inserimento in questa Struttura Residenziale Psichiatrica si svolgerà per realizzare un Progetto Terapeutico-riabilitativo personalizzato (PTRP), pianificato e concordato con il CSM, struttura del Dipartimento di Salute mentale del suo territorio di appartenenza. Il PTRP comprende interventi assistenziali, psicologici, riabilitativi e sociali. Nel PTRP possono essere compresi atti sanitari diagnostici e/o terapeutici specifici per i quali è necessario fornirLe ogni informazione utile per decidere se acconsentire al percorso di diagnosi e cura proposto.

Tale percorso potrà essere iniziato solo dopo che ne abbia compreso i motivi e sottoscritto lo specifico consenso.

Le informazioni sono finalizzate anche a rafforzare l'alleanza terapeutica con i componenti dell'equipe sanitaria a cui si sta affidando, rispettando quanto ci ha riferito circa le sue convinzioni ed orientamenti sulle scelte in tema di cure.

Ove non volesse ricevere tutte o in parte le informazioni sul suo stato di salute e su quanto connesso ai rischi relativi agli accertamenti e alle cure, può indicare una persona idonea a riceverle oppure decidere di non ricevere ulteriori informazioni.

Per procedere con gli accertamenti e le cure è importante che Lei o chi per Lei titolato sottoscriva il presente modulo di consenso informato a conclusione del colloquio informativo, che può essere stato accompagnato dalla fornitura di un foglio informativo, il cui scopo è quello di rendere edotta la persona assistita rispetto alle sue condizioni di salute e di aggiornarla in modo completo riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici ed ai rischi degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti sanitari proposti, nonché riguardo alle possibili alternative ed alle conseguenze di un eventuale rifiuto.

Le informazioni che Le sono state fornite durante il colloquio, eventualmente riportate nel foglio informativo, hanno l'obiettivo di metterla in condizione di orientarsi circa:

- la scelta tra le diverse opzioni di trattamento e di assistenza appropriate al suo caso;
- la facoltà di acquisire, eventualmente, ulteriori pareri di sanitari di sua fiducia;
- la facoltà di scegliere un'altra struttura sanitaria che le offra opzioni e condizioni diverse del trattamento proposto;
- il diritto di rifiutare, con consapevolezza delle conseguenze, gli interventi invasivi o la terapia, e/o di decidere di interromperla;
- le normali sequele anatomiche e funzionali da affrontare connesse al trattamento e/o al decorso riabilitativo, nonché le eventuali complicazioni prevedibili e non del tutto prevenibili, il cui rischio di accadimento è talora aumentato in base alle personali condizioni cliniche.

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE - PERSONA CAPACE

Io sottoscritto/a

Nato/a a

Il (GG/MM/AAAA) __ / __ / ____

Documento d'identità n. del __ / __ / ____

Con riferimento al colloquio con il dott.

Alla presenza di:

(Nome e Cognome degli operatori che partecipano al colloquio)

Effettuato il

Relativamente al seguente atto sanitario proposto:

DICHIARO CHE:

- ho ricevuto informazioni chiare e complete sulle mie condizioni cliniche, sul trattamento proposto, i suoi potenziali benefici, eventuali rischi e complicanze, nonché sulle alternative terapeutiche e diagnostiche;
- ho avuto la possibilità di riflettere sul trattamento proposto anche con l'ausilio del foglio informativo specifico, che mi è stato consegnato e illustrato;
- sono stato informato sulle possibili complicanze, anche di natura infettiva, connesse alla procedura diagnostico/terapeutica, alla loro incidenza anche in rapporto alle condizioni specifiche della singola persona assistita;
- sono stato informato che ho la facoltà di rifiutare in tutto o in parte qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario correlato alla mia patologia o singoli atti del trattamento stesso generale e specifico e ho capito che tale rifiuto potrebbe comportare delle conseguenze illustrate nell'informativa specifica del trattamento proposto.

DICHIARO INOLTRE CHE:

Ho un medico di famiglia/di fiducia:

- NO
- Sì è il/la Dott./Dott.ssa:

Il mio medico di famiglia/fiducia è al corrente del motivo del ricovero:

- NO
- Sì

Il mio medico di famiglia/fiducia mi ha fornito informazioni sul trattamento da eseguire:

- NO
- Sì

DICHIARO CHE QUALSIASI INFORMAZIONE SUL MIO STATO CLINICO VENGA COMUNICATA A:

- ME STESSO
- ALLE PERSONE DI SEGUITO RIPORTATE

1. Nome e Cognome

Documento

2. Nome e Cognome

Documento

- **NESSUNO.** Non voglio ricevere informazioni e non voglio che nessun altro le riceva al posto mio.

DELEGA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO – PERSONA CAPACE

Io sottoscritto/a

- **ACCETTO** quindi, liberamente e spontaneamente, preso atto della situazione illustrata, il trattamento che mi è stato proposto e i cui dettagli sono stati illustrati nel colloquio informativo e nel foglio informativo eventualmente fornito;
- **ACCETTO** quindi, liberamente e spontaneamente, di sottopormi alle indagini/trattamenti proposti dal medico/equipe, dei quali non intendo prendere visione né essere informato (cosiddetto **ASSENSO DIMIDIATO**);
- **NON ACCETTO**, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto delle cure che può comportare:

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

Firma della persona assistita

Firma del medico

Firma degli operatori eventualmente presenti

1. NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA ABBA DELEGATO TERZI ALLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO

Firma della persona delegata ed estremi del documento

2. 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

3. 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 DEL CONSENSO – PERSONA CAPACE

Io sottoscritto/a

IN QUALITÀ DI:

- INTERESSATO
- DELEGATO

INFORMATO dei rischi che la mia decisione comporta e a quali conseguenze il rifiuto delle cure può condurre ,IN RELAZIONE AL CONSENSO sottoscritto il

Relativamente al seguente atto sanitario proposto:

DICHIARO

LIBERAMENTE, SPONTANEAMENTE E IN PIENA COSCIENZA DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO SOTTOSCRITTO

Firma del dichiarante

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

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

allegato 3



DATI IDENTIFICATIVI PAZIENTE			
Cognome	Nome	Sesso	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita (gg.mm.aa)	Comune di nascita	Provincia di nascita	Stato di nascita
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
DATI IDENTIFICATIVI MEDICO REFERENTE			
Cognome		Nome	
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	

La/Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto dal Medico Referente:

informazioni chiare e complete relative al proprio stato di salute e di aver ben compreso termini e modalità del **Progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato (PTRP)** proposto dal medico durante il periodo di inserimento nella SRP.

Il PTRP prevede la possibilità di

- visita medica;
- assistenza infermieristica;
- assistenza psicologica e sociale;
- assistenza riabilitativa secondo il piano di cura;
- rilevazione dei parametri vitali (ad es.: pressione, temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria);
- prelievi venosi, campionamento di urine, feci e altro materiale biologico, tamponi;
- terapia farmacologica somministrata secondo prescrizione medica.

Con la presente scrittura, autorizzo la SRP Samadi a comunicare notizie ed informazioni relative al mio stato di salute ed alle terapie in corso e a coloro che si trovano qui sotto elencati:

NOME E COGNOME	RELAZIONE	FIRMA
	<input type="checkbox"/> PARENTE <input type="checkbox"/> CURATORE <input type="checkbox"/> TUTORE <input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO <input type="checkbox"/> PERSONA DI FIDUCIA (.....)	
	<input type="checkbox"/> PARENTE <input type="checkbox"/> CURATORE <input type="checkbox"/> TUTORE <input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO <input type="checkbox"/> PERSONA DI FIDUCIA (.....)	
	<input type="checkbox"/> PARENTE <input type="checkbox"/> CURATORE <input type="checkbox"/> TUTORE <input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO <input type="checkbox"/> PERSONA DI FIDUCIA (.....)	

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO					
lo sottoscritto/a (Nome e Cognome)					
Documento d'identità		n.		del	
In qualità di:	<input type="checkbox"/> Diretto interessato <input type="checkbox"/> Curatore* <input type="checkbox"/> Tutore * <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno* *Allegare atto di nomina del legale rappresentante				

DICHIARO

- di essere stata/o informata/o in modo completo, aggiornato e a me comprensibile riguardo al mio stato di salute, alla diagnosi, alla prognosi ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari del programma terapeutico per esso indicati,
- di essere stata/o informata/o riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto dei trattamenti sanitari, degli accertamenti diagnostici o della rinuncia ai medesimi
- di essere stata/o informata/o della possibilità che i trattamenti, una volta avviati, possano essere interrotti a mia richiesta, se questo non reca pregiudizio all'attività assistenziale;
- che tutte le nozioni mi sono state esaurientemente illustrate dal Medico e da me completamente comprese, che ho anche ricevuto una dettagliata informazione in merito a tali trattamenti e avuto risposte chiare ed esaurienti a tutte le mie domande.

PERTANTO

<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO
-------------------------------------	---

LIBERAMENTE E CONSAPEVOLMENTE ALL'ATTIVAZIONE DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO-RIABILITATIVO

Roma, ___/___/_____

Firma Paziente/Curatore/Tutore/Amministratore di sostegno

Firma 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.....

Allegato 1

**MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO
DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO/ATTO SANITARIO**

(L. 22 dicembre 2017 n. 219)

PERSONA INCAPACE

Gentile Signore/Signora

L'inserimento in questa Struttura Residenziale Psichiatrica si svolgerà per realizzare un Progetto Terapeutico-riabilitativo personalizzato (PTRP), pianificato e concordato con il CSM, struttura del Dipartimento di Salute mentale del suo territorio di appartenenza. Il PTRP comprende interventi assistenziali, psicologici, riabilitativi e sociali. Nel PTRP possono essere compresi atti sanitari diagnostici e/o terapeutici specifici per i quali è necessario fornirLe ogni informazione utile per decidere se acconsentire al percorso di diagnosi e cura proposto.

Tale percorso potrà essere iniziato solo dopo che ne abbia compreso i motivi e sottoscritto lo specifico consenso.

Le informazioni sono finalizzate anche a rafforzare l'alleanza terapeutica con i componenti dell'equipe sanitaria a cui si sta affidando, rispettando quanto ci ha riferito circa le sue convinzioni ed orientamenti sulle scelte in tema di cure.

Ove non volesse ricevere tutte o in parte le informazioni sul suo stato di salute e su quanto connesso ai rischi relativi agli accertamenti e alle cure, può indicare una persona idonea a riceverle oppure decidere di non ricevere ulteriori informazioni.

Per procedere con gli accertamenti e le cure è importante che Lei o chi per Lei titolato sottoscriva il presente modulo di consenso informato a conclusione del colloquio informativo, che può essere stato accompagnato dalla fornitura di un foglio informativo, il cui scopo è quello di rendere edotta la persona assistita rispetto alle sue condizioni di salute e di aggiornarla in modo completo riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici ed ai rischi degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti sanitari proposti, nonché riguardo alle possibili alternative ed alle conseguenze di un eventuale rifiuto.

Le informazioni che Le sono state fornite durante il colloquio, eventualmente riportate nel foglio informativo, hanno l'obiettivo di metterla in condizione di orientarsi circa:

- la scelta tra le diverse opzioni di trattamento e di assistenza appropriate al suo caso;
- la facoltà di acquisire, eventualmente, ulteriori pareri di sanitari di sua fiducia;
- la facoltà di scegliere un'altra struttura sanitaria che le offra opzioni e condizioni diverse del trattamento proposto;
- il diritto di rifiutare, con consapevolezza delle conseguenze, gli interventi invasivi o la terapia, e/o di decidere di interromperla;
- le normali sequele anatomiche e funzionali da affrontare connesse al trattamento e/o al decorso riabilitativo, nonché le eventuali complicazioni prevedibili e non del tutto prevenibili, il cui rischio di accadimento è talora aumentato in base alle personali condizioni cliniche.

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE - PERSONA INCAPACE

Io sottoscritto/a

Nato/a a _____ Il __/__/____

Documento d'identità n. _____ del __/__/____

Impossibilitato a rispondere

- NO
- SI

E io sottoscritto/a

Nato/a a _____ Il __/__/____

Documento d'identità n. _____ del __/__/____

In qualità di:

- Tutore (n. decreto: _____)
- Curatore (n. decreto: _____)
- Amministratore di sostegno con poteri di ASSISTENZA in ambito sanitario(n. decreto: _____)
- Amministratore di sostegno con poteri di RAPPRESENTANZA ESCLUSIVA in ambito sanitario (n. decreto: _____)

Con riferimento al colloquio con il dott.

Alla presenza di:

(Nome e Cognome degli operatori che partecipano al colloquio)

Effettuato il

Relativamente al seguente atto sanitario proposto:

DICHIARO CHE:

- ho ricevuto informazioni chiare e complete sulle mie condizioni cliniche, sul trattamento proposto, i suoi potenziali benefici, eventuali rischi e complicanze, nonché sulle alternative terapeutiche e diagnostiche;
- ho avuto la possibilità di riflettere sul trattamento proposto anche con l'ausilio del foglio informativo specifico, che mi è stato consegnato e illustrato;

- sono stato informato sulle possibili complicanze, anche di natura infettiva, connesse alla procedura diagnostico/terapeutica, alla loro incidenza anche in rapporto alle condizioni specifiche della singola persona assistita;
- sono stato informato che ho la facoltà di rifiutare in tutto o in parte qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario correlato alla mia patologia o singoli atti del trattamento stesso generale e specifico e ho capito che tale rifiuto potrebbe comportare delle conseguenze illustrate nell'informativa specifica del trattamento proposto.

DICHIARO INOLTRE CHE:

Ha un medico di famiglia/di fiducia:

- NO
- SÌ è il/la Dott./Dott.ssa:

Il medico di famiglia/fiducia è al corrente del motivo del ricovero:

- NO
- SÌ

Il medico di famiglia/fiducia mi ha fornito informazioni sul trattamento da eseguire:

- NO
- SÌ

SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO – PERSONA INCAPACE

Io sottoscritto/a

In qualità di:

- Tutore (n. decreto: _____)
- Amministratore di sostegno con poteri di ASSISTENZA in ambito sanitario (n. decreto: _____)
- Amministratore di sostegno con poteri di RAPPRESENTANZA ESCLUSIVA in ambito sanitario (n. decreto: _____)
- Curatore (n. decreto: _____)
- **ACCETTO** quindi, liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, preso atto della situazione illustrata, il trattamento che mi è stato proposto e i cui dettagli sono riportati nell'informativa specifica allegata;
- **NON ACCETTO**, anche dopo supporto psicologico, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto delle cure che può comportare e della possibilità, in caso di parere contrario, qualora le cure siano ritenute dal medico appropriate e necessarie, di ricorrere al giudice tutelare per la decisione.
- **DICHIARO** inoltre di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento.

- ❖ **Firma della persona assistita**

- ❖ **Firma dell'Amministratore di sostegno/Tutore/Curatore**

- ❖ **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

Allegato 4

