

**MODELLO PER L’ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO
PER GLI ATTI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI ROUTINARI**
per cui si chiede il consenso al momento del ricovero

Cognome Nome Data di Nascita

Servizio: R.S.A. C.D.I.

il sottoscritto dichiara di essere informato che durante il periodo di accoglienza presso la R.S.A.:

- l’equipe sanitaria della R.S.A. assicurerà le cure e gli interventi sanitari e assistenziali funzionali alla gestione clinica delle patologie cronico degenerative di cui la persona stessa è affetta secondo un tacito consenso derivante dal rapporto fiduciario medico/paziente;

- la garanzia di tali cure potrà comportare, a discrezione del medico, il trasferimento in Ospedale in caso di necessità e per tutte le procedure diagnostico-terapeutiche non di competenza della struttura socio sanitaria di accoglienza;

- il medico assicurerà le cure e le prestazioni necessarie indispensabili ed indifferibili secondo quanto prescritto dall’art. 54 del C.P.;

in caso di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche invasive e/o rischiose che possono ledere la integrità fisica sarà obbligo del medico acquisire un consenso esplicito;

- il medico attuerà gradatamente e sequenzialmente il trattamento terapeutico in modo da portare il paziente verso un miglioramento della propria capacità decisionale e porlo in grado di affrontare gli atti più complessi sotto il profilo terapeutico/assistenziale;

ATTI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI ROUTINARI

A) Assenza di invasività <ul style="list-style-type: none">○ Medicazioni di lesioni cutanee○ Terapia orale○ ECG○ Invio per consulenze specialistiche e/o ricoveri○ Riabilitazione e mantenimento di abilità neuromotorie○ Vaccino Antinfluenzale	B) Minima invasività <ul style="list-style-type: none">○ Prelievo di sangue○ Terapia farmacologia intramuscolare, sottocutanea, endovenosa○ Posizionamento di catetere vescicale○ Posizionamento di sondino naso-gastrico○ Posizionamento di sonda rettale○ FKT con utilizzo di macchinari
--	--

Previa adeguata informazione dei possibili rischi cui il paziente potrebbe andare incontro nelle procedure sopracitate e dei rischi in caso di rifiuto, l’ospite esprime il proprio consenso:

ACCONSENTE

Data

Firma dell’ospite

Il sottoscritto nella sua qualità di “referente” come indicato nel contratto d’ingresso, per tutte le comunicazioni comprese quelle di tipo sanitario relative all’Ospite, dichiara di prendere atto dell’informativa di cui sopra.

Data

Firma dell’Amministratore di Sostegno/Tutore