



CONSENSO INFORMATO ALLE CURE DOMICILIARI

Dichiarazioni di Consenso Informato

Il sottoscritto

In qualità di assistito.....

tutore/ amministratore di sostegno.....

nato a il residente a

in via

DICHIARA

► Di essere stato informato/a sulla natura e sulle caratteristiche del programma di cure palliative domiciliari (PAI) concordato con il Medico di Medicina generale Dr..... e il Medico di Equipè di Cure palliative Dr.....

► Di essere stato informato/a che detto programma può prevedere:

- Terapie farmacologiche mirate al controllo dei sintomi e del dolore;
- Altri possibili interventi sanitari (prelievi, medicazioni, infusioni di liquidi, gestione cateteri vescicali, gestione cvc, nutrizioni enterali e parenterali.....) secondo le necessità specifiche;
- Visite mediche
- Visite infermieristiche;
- Visite psicologiche;
- Visite fisioterapiche;
- Monitoraggio delle condizioni cliniche con l'usilio di strumenti non invasivi;
- Opera di educazione sanitaria;
- Prestazioni assistenziali di base (igiene della persona, mobilizzazione, ecc..) come previsto dal PAI



► Di essere stato/a informato / a di poter comunque rifiutare qualsiasi trattamento proposto e di poter interrompere l'assistenza in qualsiasi momento con l'obbligo di motivare la scelta, assumendone le proprie responsabilità, esonerando da ogni responsabilità civile e penale il medico di equipè Samot.

► di essere a conoscenza che, anche nel caso delle cure domiciliari, come accade in tutte le discipline sanitarie, i trattamenti non sono esenti da possibili complicazioni, anche se attuati con diligenza e prudenza

► di acconsentire al trattamento dei miei dati sanitari da parte degli operatori sanitari Samot Catania Onlus .

Visto il Decreto legislativo n°196 del 30/06/2003 codice in materia di protezione dei dati personali si autorizza il Medico ed il personale della Samot Catania Onlus, a detenere presso la sede dell'associazione copia della documentazione sanitaria. La Samot Catania Onlus potrebbe rendere accessibili i dati che vi riguardano alle autorità sanitarie e/o giudiziarie sulla base di precisi doveri di legge.

Per quanto sopra premesso

ACCETTA

L'ASSISTENZA DOMICILIARE DA PARTE DELLA SAMOT CATANIA ONLUS

Firma del Paziente

Tutore / amministratore

Firma del Medico che riceve in consenso