



Modulo di consenso ai trattamenti generici per il paziente ospedalizzato

(fonte: legge 219/2017, approvato da UOD Rischio Clinico AO Cosenza)

La/Il Sottoscritta/o.....
nata/o a.....ilricoverata/o presso la UOC di Geriatria dell'
Azienda Ospedaliera di Cosenza il, n. cartella clinica....., viene
informata/o dal Dr.ssa/Dr.....,
(Medico Accettante in Reparto), che durante il ricovero potrà, anche in emergenza-urgenza, essere
sottoposta/o - sulla base della imprevedibile evoluzione delle Sue condizioni cliniche - ai seguenti

trattamenti terapeutici e atti diagnostici generici:

- **Prelievo venoso per la misurazione di valori ematochimici**
- **Introduzione di cateteri vescicali**
- **Prelievo arterioso (emogasanalisi)**
- **Esami radiologici ed ecografici senza somministrazione di mezzo di contrasto**
- **Terapia endovenosa di farmaci: antibiotici, diuretici, cristalloidi, colloidi, antiaritmici, vasodilatatori, amine, cortisonici, antipiretici, analgesici, nutrizione parenterale centrale o periferica, soluzioni a base di ferro e *altri possibili farmaci.***
- **Nutrizione enterale tramite Sondino Naso-Gastrico/PEG.**
- **Terapia intramuscolare: antibiotici, antispastici, miorilassanti, antidolorifici, anti epilettici e *altri possibili farmaci.***
- **Terapia orale: di *varie classi di possibili farmaci*, inclusi farmaci anticoagulanti orali.**
- **Ossigenoterapia con maschera Venturi o naselli, Ossigenoterapia con Alti Flussi umidificati, Ventilazione Meccanica Non-Invasiva (NIV), Ventilazione con maschera di Boussignac in modalità C-PAP.**
- **Terapia con nebulizzazione di farmaci (aerosol) o inalatoria: broncodilatatori, steroidi, mucolitici e *altri possibili farmaci.***
- **Terapia sottocutanea: insuline, eparine, vaccini, eritropoietina, intradermoreazioni diagnostiche e *altri possibili farmaci.***
- **Medicazioni di piaghe da decubito o ferite chirurgiche**
- **Elettrocardiogramma**
- **Spirometria (misurazione volumi polmonari)**
- **Glucostix (misurazione della glicemia attraverso puntura del polpastrello, anche più volte al giorno se ritenuto clinicamente opportuno)**

- Introduzione di ago-cannula in vene periferiche
- Introduzione di catetere venoso periferico *Midline*
- Introduzione di sonde rettali e sonde nasogastriche.
- Aspirazione delle alte vie respiratorie e oro-faringee
- Clisteri evacuativi e medicati

La/il Paziente, dopo essere stata/o pienamente informata/o dal Medico Accettante, nel pieno possesso delle Sue capacità mentali, esprime il Suo consenso ad essere sottoposta/o ai sopra elencati *trattamenti terapeutici/atti diagnostici*, laddove necessari.

Firma della/del Paziente _____

Data _____ Ora _____

***Si intende che la/il Paziente può sempre avvalersi, in qualsiasi momento, della facoltà di chiedere spiegazioni sui trattamenti terapeutici/atti diagnostici cui potrà di volta in volta essere sottoposta/o in ragione delle Sue cangianti condizioni cliniche. Il Personale Sanitario si impegna quindi a rendere le spiegazioni richieste, nelle modalità conformi alle capacità di comprensione della/del Paziente.**

***Il presente consenso NON si configura quale adempimento contrattuale tra la/il Paziente e l' Esercente le Professioni Sanitarie (in questo caso il Medico). Si intende che il rapporto tra Paziente ed il singolo Esercente le Professioni Sanitarie rimane regolato dall' art. 2043 del Codice Civile, come stabilito dalla Legge 8 Marzo 2017, N. 24.*

Modulo per i Pazienti con incapacità mentale (1), oppure con Rappresentante legale o Amministratore di Sostegno (2)

(1) La/il Dr.ssa/Dr....., in qualità di *Medico Accettante*, dopo adeguata valutazione clinica, attesta che il Paziente Signora/Signor
nata/o il.....a....., non può fornire adeguato consenso ai *trattamenti terapeutici/atti diagnostici* perché affetto da:
.....
.....
.....(indicare eventualmente anche punteggio SPMSQ o altro test mentale:.....)

...oppure....

(2) Si prende atto che la/il Paziente è rappresentato legalmente dalla Signora/Signor

Pertanto, la/il Dr.ssa/Dr....., **informa:**

(1) il parente prossimo (o il care-giver presente al momento del ricovero);

..oppure:

(2) il Rappresentante Legale (o l' Amministratore di Sostegno):

Signora/Signor.....nata/o ail.....,

della necessità che la/il Paziente sia sottoposta/o ai *trattamenti terapeutici/atti diagnostici* sopra elencati, che verranno variamente messi in atto sulla base dell'evoluzione clinica cui la/il Paziente potrà andare incontro durante l'attuale ricovero.

Firma per accettazione e consenso.....

DataOra.....

Modulo di diniego a specifici trattamenti terapeutici/atti diagnostici
(per il Paziente o Suo Rappresentante Legale)

La/il Paziente, nel pieno possesso delle Sue capacità mentali, o il Rappresentante Legale, dopo essere stata/o pienamente informata/o dal Dr.ssa/Dr.....
 che determinati *trattamenti terapeutici/atti diagnostici* sono indispensabili al fine di consentire un' appropriata gestione diagnostico-terapeutica, **informato dei rischi (incluso il decesso) connessi alla omessa esecuzione di uno o più *trattamenti terapeutici/atti diagnostici* necessari,**
esprime il Suo diniego a:

	Terapia o atto diagnostico	Firma della/del paziente, o Suo Legale Rappresentante, o Amministratore di Sostegno	Firma del Medico	Data	Ora
1					
2					
3					

Nota per il Medico compilatore: invece che nel presente formato (pagina 4), il diniego a trattamenti o atti diagnostici specifici potrà alternativamente essere verbalizzato in forma simile nella cartella clinica informatizzata in "aggiornamento clinico", stampato e firmato dal Medico e dal Paziente o dal Suo Rappresentante.