



FONDAZIONE "CECI"

MODELLO PER CONSENSO INFORMATO



All. 4

MODELLO PER IL CONSENSO INFORMATO

___|___ sottoscritt _____

in qualità di:

DICHIARA:

- di aver ricevuto compiuta e dettagliata informazione in merito ai servizi di assistenza sanitaria e sociosanitaria che saranno riservati all'ospite, e degli eventuali trattamenti contenzione e/o di carattere invasivo che potrebbero rivelarsi necessari da erogare, di aver compreso le informazioni ricevute dal personale sanitario incaricato;
- che tutte le domande poste hanno ricevuto risposte chiare ed esauritive;
- che prima di esprimere il consenso ha avuto il tempo necessario per decidere e l'opportunità di chiedere eventualmente informazione ad un medico di sua fiducia.

La firma del presente documento AUTORIZZA IL PERSONALE SANITARIO AGLI EVENTUALI TRATTAMENTI SANITARI CHE POTREBBERO RIVELARSI NECESSARI DA EROGARE: TERAPIA IDRATATIVA ENDOVENOSA, POSIZIONAMENTO CATETERE VESCICALE IN URGENZA.

Il personale sanitario si impegna a comunicare all'ospite e/o al suo referente, con la dovuta tempestività, gli eventuali trattamenti che di volta in volta si renderanno necessari.

Firma dell'ospite	
-------------------	--

Firma del referente responsabile dell'ospite	
--	--

Ovvero:	
Firma dell'amministratore di sostegno	

Firma del medico di base	
--------------------------	--

Firma dell'Infermiere in turno	
--------------------------------	--

Firma del Referente Infermieristico	
-------------------------------------	--

Data