



ISTITUTO SUORE DOMENICANE S.S. ROSARIO
CASA DI RIPOSO "OASI DOMENICANA"
Via B. Buozzi n. 6 – 20045 BESANA BRIANZA MI
TELEF. 0362-995448 – 995710 / FAX. 0362-941010
C.F. P.IVA 02242820153
E- mail : oasidomenicana@tiscalinet.it
Posta certificata: oasidomenicanapec@legalmail.it

Data.....

Ospite Sig. ra..... Nato a il

Consenso informato ai trattamenti sanitari

Premesso

1. che la Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) è una struttura residenziale destinata ad accogliere soggetti anziani non autosufficienti, portatori di (pluri)patologie croniche di natura geriatrica, neurologica e neuropsichiatrica stabilizzate, non assistibili a domicilio e che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o nei centri di riabilitazione;
2. che la R.S.A. è tenuta a fornire ai ricoverati ospitalità e prestazioni sanitarie e assistenziali orientate al potenziamento ed al mantenimento, per quanto possibile, delle abilità funzionali e cognitive;
3. che l'ospite può in qualsiasi momento recedere dal contratto individuale d'accoglienza sottoscritto al momento dell'ingresso in R.S.A.;
4. che per incapacità naturale si intende la condizione della persona che, sebbene non interdetta, per qualsiasi causa, anche transitoria, sia incapace di intendere e volere e che pertanto può essere priva in tutto o in parte di autonomia decisionale e temporaneamente incapace ad esprimere la propria volontà;
5. che l'informazione rispetto ai trattamenti sanitari può essere non imposta ovvero l'ospite ha facoltà di non essere informato delegando a terzi la ricezione dell'informazione;
6. che ai sensi dell'art. 54 del C.P. nelle situazioni cliniche in cui il paziente sia temporaneamente incapace ad esprimere la propria volontà il medico deve prestare le cure indispensabili ed indifferibili e che in tale caso le decisioni cliniche spettano autonomamente al medico;
7. che è comunque opportuno effettuare ove possibile una informativa ai familiari e per tale motivo il contratto individuale d'ingresso dovrebbe individuare il familiare di riferimento deputato a ricevere le informazioni di carattere sanitario;
8. che in caso di decreto di nomina dell'Amministratore di sostegno può essere previsto che l'amministratore sostituisca o assista la persona menomata anche nelle decisioni di natura sanitaria;
9. che il consenso tacito o implicito è dedotto dalla richiesta di presa in carico che l'ospite rivolge alla struttura al momento dell'accoglienza nella R.S.A. e fa riferimento alle prestazioni sanitarie previste, secondo la prassi medica e le linee guida, per le condizioni cliniche dell'ospite tenendo conto delle indicazioni di cui art. 5 della legge 08/3/17 n. 24.
10. che il *consenso esplicito* (orale o scritto) viene richiesto nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche, invasive e/o rischiose, o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica, si renda opportuna una manifestazione inequivoca della volontà della persona;

Tutto ciò premesso

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;

Informativa Consenso Informato trattamenti sanitari ospiti



ISTITUTO SUORE DOMENICANE SS. ROSARIO
 CASA DI RIPOSO "OASI DOMENICANA"
 Via B. Buozzi n. 6 – 20045 BESANA BRIANZA MI
 TELEF. 0362-995448 – 995710 / FAX. 0362-941010
 C.F. P.IVA 02242820153
 E- mail : osasidomenicana@tiscalinet.it
 Posta certificata: osasidomenicanapec@legalmail.it

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

Dichiara inoltre

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sulle caratteristiche dell'accoglienza e sugli atti sanitari di cui alla presente; di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento.

FIRMA DELL'OSPITE _____

*Il sottoscritto
 Indicare grado di parentela o altro.....
 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 REFERENTE INGRESSO** _____

E' responsabile della comunicazione di seguito indicate circa le persone a cui si possono trasmettere le comunicazioni sanitarie dell'interessata, oltre il "referente"

NOME COGNOME

OSPITE		Indicare recapito telefonico della persona di riferimento
FAMILIARE DI RIFERIMENTO Per le comunicazioni sanitarie durante la degenza in RSA	1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____	_____ _____ _____
AMM. DI SOSTEGNO		
CURATORE LEGALE		
TUTORE LEGALE		

Io sottoscritto **DICHIARO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO**

in data

FIRMA