

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER IL TRATTAMENTO DOMICILIARE A.D.I./C.A.D.

1. Dati del Paziente

Cognome e Nome: _____

Data di Nascita: _____

Residenza (indirizzo e comune): _____

Domicilio (se diverso dalla residenza): _____

ASL e Distretto di Appartenenza: _____

Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta: _____

Contatto MMG/Pediatra: _____

2. Introduzione

Il presente documento ha lo scopo di informare l'utenza riguardo al trattamento domiciliare A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) / C.A.D. (Centro di Assistenza Domiciliare) e di raccogliere il consenso per l'erogazione di tali servizi da parte della ASL.

3. Descrizione del Trattamento

Il trattamento domiciliare, in base alle necessità assistenziali emerse, può prevedere:

Assistenza medica e infermieristica; supporto sociale e psicologico; riabilitazione e fisioterapia; monitoraggio delle condizioni di salute.

4. Obiettivi del Trattamento

L'obiettivo del trattamento è di fornire un'assistenza personalizzata e continuativa per migliorare la qualità della vita del paziente e garantire un supporto adeguato nelle attività quotidiane.

5. Rischi e Benefici

Rischi:

- Possibili effetti collaterali da trattamenti medici
- Limitata disponibilità di risorse in caso di emergenze

Benefici:

- Miglioramento della salute e del benessere
- Supporto nella gestione delle malattie croniche
- Assistenza personalizzata nel comfort della propria casa

6. Diritto di Revoca

Vige il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento, informando il personale sanitario.

7. Dichiarazione di Consenso

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni necessarie riguardanti il trattamento domiciliare A.D.I./C.A.D. e di aver compreso i benefici, i rischi e le mie opzioni. Pertanto, fornisco il mio consenso al trattamento.

RICEVUTA DELL'AVVENUTA CONSEGNA DELL'INFORMATIVA SPECIFICA

Il paziente, il referente familiare e il medico di famiglia sono stati informati tramite apposita informativa specifica rilasciata dall'operatore ADI che: a) L'Assistenza Domiciliare necessita di almeno una persona che conviva e/o si occupi dell'assistito e che interagisca con il servizio, nonché della collaborazione stretta del Medico di Medicina Generale con lo stesso; b) laddove non sia possibile indicare la data esatta di inizio della presa in carico, questa sarà comunicata attraverso le vie brevi; c) la lista di attesa è gestita razionalmente valutando la gravità delle situazioni in base al triage e non in base al solo ordine cronologico; d) il servizio deve essere avvisato prontamente in caso di ricoveri o trasferimenti in altro distretto o altra ASL; e) il servizio non risponde alle chiamate di urgenza, ma opera secondo pianificazioni; f) gli orari di esecuzione delle prestazioni sono indicativi e non vincolanti; g) è compito dei conviventi il giorno previsto agevolare l'accesso del personale in particolare rispondendo al citofono, ecc.; h) nei casi di mancata collaborazione il personale è autorizzato ad interrompere gli accessi. i) il piano è soggetto a variazioni in relazione alla dinamicità delle condizioni che richiedono la presa in carico; l) La sottoscrizione del documento presente attesta l'accettazione delle regole anzidette. In merito al trattamento dei dati personali, il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso le informazioni che gli sono state conferite dall'ASL Roma 5, titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 2016/679/UE per ciò che attiene al processo di cura e ai correlati adempimenti amministrativi e di essere consapevole che i diritti che gli sono riconosciuti ex artt. 15 e ss. di tale norma possono essere esercitati scrivendo a dpo@aslroma5.it

Letto e sottoscritto (**nominativo** Assistito/Genitore/Tutore Legale/Delegato) _____

Data _____ Firma (Assistito/Genitore/Tutore Legale/Delegato) _____