**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI DI SALUTE E ALLO SVOLGIMENTO DEGLI ATTI MEDICI DI TUTELA DELLA SALUTE**

**Il/la Signor** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**Ospite presso RSA “CAV. P. RIVADOSSI”**

avente sede a BORNO (Bs) in Via Milano 20/b

oppure

**Il/la Signor** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

□ tutore

□ curatore

□ amministratore di sostegno (solo nel caso in cui il decreto di nomina preveda l'assistenza in ordine alle situazioni di carattere sanitario)

che esprime il consenso in nome e per conto del/la **Signor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**Ospite presso RSA “CAV. P. RIVADOSSI”**, il quale allo stato è impossibilitato ad esprimere valido consenso;

oppure

**Il/la Signor** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**rappresentante unico di tutta la famiglia** che esprime il consenso in nome e per conto del/la

**Signor** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**Ospite presso RSA “CAV. P. RIVADOSSI”**, il quale si trova in una situazione di incompetenza e pertanto è impossibilitato ad esprimere valido consenso;

**DICHIARA**

**DI AVER RICEVUTO DAL DOTTOR \_\_\_\_\_\_GIUSEPPE GARATTI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**MEDICO DELLA RSA BORNO LE SEGUENTI INFORMAZIONI:**

1. (per utenti SOLLIEVO che mantengono il proprio medico curante ) L'Ospite ammesso alla RSA “CAV. P. RIVADOSSI” mantiene il proprio medico di base con il quale i medici della struttura collaborano nelle funzioni di tutela della salute dell'Ospite stesso.

1bis. (per utenti accreditati) L'Ospite ammesso alla RSA “CAV. P. RIVADOSSI” viene seguito dai medici della struttura che collaborano tra loro nelle funzioni di tutela della salute dell'Ospite stesso.

1. Nessuno può essre obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.
2. La RSA tutela la salute fisica e psichica dell'Ospite nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.
3. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari effettuati sono di norma volontari.
4. La RSA non effettua interventi sanitari su persone che non hanno capacità di dare il consenso se non per diretto beneficio delle stesse.
5. Quando in ragione di una situazione di urgenza, il consenso appropriato non può essere ottenuto, i medici della fondazione procederanno immediatamente a qualsiasi intervento indispensabile per la tutela della salute della persona interessata.
6. I medici della RSA svolgono esclusivamente atti medici connessi con la diagnosi e la cura dell'ospite.
7. In presenza di documentato rifiuto di persona capace di interndere e di volere di sottoporsi ad atti medici, i medici della RSA sono tenuti, ai sensi del codice deontologico, a desistere da atti diagnostici e/o curativi.
8. I medici della RSA intervengono in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita.
9. I medici della RSA comunicano con l'Ospite tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuovere la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.
10. I medici della RSA informano e tengono nel massimo conto le istanze del legale rappresentante dell'Ospite qualora sia stato nominato.
11. In caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile a favore di Ospite incapace, i medici della RSA ne informano l'autorità giudiziaria; se vi è pericolo per la vita o grave rischio per la salute dell'incapace, procedono senza ritardo e secondo necessità alle cure indispensabili.
12. In caso di prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza, i medici della RSA forniscono tutte le informazioni con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti.
13. La RSA utilizza il fascicolo sanitario e sociale prescritto dalla Regione Lombardia quale requisito obbligatorio di accreditamento.

* Il fascicolo risponde alla finalità di porre a disposizione degli operatori un quadro il più possibile completo delle informazioni che riguardano l'Ospite e quindi migliorarne la presa in carico e la cura.
* Il fascicolo è gestito sia in forma cartacea che elettronica.
* Il fascicolo è strutturato in modo che i dati amministrativi siano separati dalle informazioni sanitarie. Sono previsti profili diversi di abilitazione degli operatori che hanno accesso al fascicolo in funzione della differente tipologia di operazioni a questi consentite.
* Può rendersi necessaria la trasmissione del fascicolo o di parte di esso a medici esterni alla RSA e a scopo di cura dell'Ospite.

**ESPRIME QUINDI IL PROPRIO CONSENSO AFFINCHE' VENGANO SVOLTI I SEGUENTI ATTI MEDICI A FAVORE:**

**Del/la Signor** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. □ **Atti medici connessi con la diagnosi e la cura.**

Filma leggibile dell'interessato o del suo rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **□ Tenuta del fascicolo sanitario e sociale.**

Filma leggibile dell'interessato o del suo rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **□ Raccolta e utilizzo in forma anonima di dati sanitari per attività di studio e ricerca.**

Filma leggibile dell'interessato o del suo rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si informa che la RSA non può prescindere, nell'espletamento dei suoi compiti di tutela sanitaria, dall'acquisire il consenso agli atti medici di cui ai punti nn.1 e 2.

Pertanto, in assenza di espressione di consenso su tali atti, l'ospite interessato non può essere ammesso o permanere presso la RSA.

**DICHIARA ALTRESI' DI ESSERE STATO INFORMATO CHE:**

1. il consenso espresso con il presente atto può essere revocato, anche parzialmente, in qualsiasi momento e per qualsiasi ragione.

La revoca del consenso espresso sugli atti medici connessi con la diagnosi e la cura (punto n.1) e sulla tenuta del fascicolo sanitario e sociale (punto n.2) determineranno la non ammissione e la dimissione dell'ospite.

1. I medici della RSA provvederanno a richiedere **apposito ulteriore consenso scritto** per lo svolgimento dei seguenti atti medici:

* procedimenti diagnostici e/o trattamenti terapeutici che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona da intraprendersi in caso di necessità;
* trasfusioni;
* vaccinazioni non obbligatorie.

1. Il fascicolo sanitario e sociale del/la Signor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

potrà essere rilasciato a:

* il diretto interessato;
* il tutore;
* il curatore;
* l'amministratore di sostegno;
* il sottoscrittore del presente atto;
* persona munita di delega;
* autorità giudiziaria;
* enti previdenziali (INAIL, INPS ecc);
* servizio sanitario nazionale;
* eredi legittimi.

1. Il consenso al trattamento sanitario non è richiesto quando la vita della persona incapace di intendere o di volere sia in pericolo per il verificarsi di un evento acuto a causa del quale il suo consenso o dissenso non possa essere ottenuto.
2. La \_\_\_\_\_\_***RSA BORNO SOCIETA’ DI PROGETTO SPA***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha aderito al progetto regionale CRS-SIS avente quale obiettivo il collegamento telematico di tutti gli operatori del mondo socio sanitario lombardo finalizzato all'ottimizzazione dei servizi resi ai resi ai cittadini (ulteriori informazioni sul progetto SISS possono essere reperite sul sito: [www.crs.lombardia.it](http://www.crs.lombardia.it/).)

**DISPONE CHE VENGANO DATE INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DEL/LA SIGNOR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ALLE SEGUENTI PERSONE:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DISPONE CHE IN CASI URGENTI VENGANO CONTATTATE LE SEGUENTI PERSONE:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma leggibile dell'interessato e del suo rappresentante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma leggibile del medico della RSA**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **IL PRESENTE ATTO DEVE ESSERE INSERITO NEL FASCICOLO SANITARIO E SOCIALE** |