

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO  
PER TRATTAMENTI SANITARI**

937-34-03-MOD

**Quadro A – Dichiarazione resa dal Paziente, se capace ed in grado di esprimere compiutamente la propria volontà**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_

**in qualità di Ospite della struttura A.S.P. Opera Pia Antonio Gatti di Montecosaro (MC),**

**DICHIARO:**

- 1) di accettare di ricevere informazioni** sulle mie condizioni di salute e di esprimere consenso/dissenso ad eventuali trattamenti sanitari e/o terapeutici;  
*ovvero, in alternativa*
- 2) di rifiutare di ricevere informazioni** sulle mie condizioni di salute ed **indico** il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ (*nome e cognome*) quale persona di mia fiducia **incaricata** di ricevere le informazioni sulle mie condizioni di salute, nonché di esprimere il consenso/dissenso in mia vece ad eventuali trattamenti sanitari/terapeutici.

**e/o Quadro B – Dichiarazione resa dal familiare/tutore/amministratore di sostegno/ fiduciario, per il Paziente non in grado di esprimere compiutamente la propria volontà**


Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_, in qualità di:

- tutore<sup>1</sup>** ;
- amministratore di sostegno<sup>2</sup>** ;
- curatore**;
- fiduciario ex art. 4 Legge n. 219/2017** ;
- Terzo firmatario del contratto di ospitalità**;

del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, Ospite  
della struttura A.S.P. Opera Pia Antonio Gatti di Montecosaro (MC)

<sup>1</sup> "Il consenso informato della persona interdetta ai sensi dell'articolo 414 del codice civile è espresso o rifiutato dal tutore, **sentito l'interdetto ove possibile**, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità" Art. 3, comma 3, Legge n. 219/2017.

<sup>2</sup> "... Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato **anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere**" Art. 3, comma 4, Legge n. 219/2017.

 <p>ASP OPERA PIA ANTONIO GATTI AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA</p> <p>Via Antonio Gatti, n. 5 62010 Montecosaro (MC)</p>	PROT	Rev. 0.1 del 01.06.2024	Pagina 2 di 3
	<b>MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER TRATTAMENTI SANITARI</b>		<b>937-34-03-MOD</b>

### ATTIVITA' DIAGNOSTICO-TERAPEUTICA

I Sanitari della Struttura su prescrizione e in accordo con il Medico di Medicina Generale procederanno agli **atti sanitari quotidiani** previsti al fine di garantire una condizione di relativa stabilità clinica e svolti secondo **procedure scientificamente validate o che godano di una legittimazione clinico-scientifica.**

Invece, per prestazioni sanitarie particolari, di seguito elencate in modo puramente indicativo e non esaustivo, **il consenso si acquisirà di volta in volta compilando il presente modulo di "Informazione e consenso a prestazione sanitaria":**

- a) posizionamento di sondino nasogastrico (SNG);
- b) vaccinazioni;
- c) cure di piaghe da decubito;
- d) terapie (e.v., i.m., per os, s.c.) che richiedano particolare cautela in quanto responsabili di rischi **prevedibili**;
- e) eventuali misure di protezione/contenzione;
- f) invio presso altre strutture sanitarie per indagini diagnostiche e strumentali e/o ricoveri.


Per le prestazioni medico diagnostiche-terapeutiche, quali ad esempio:

- gastrostomia endoscopica percutanea (PEG), cateteri venosi centrali (CVC)
- nutrizione parenterale mediante sacca nutrizionale e/o idratazione parenterale sostitutiva a lungo termine;
- esecuzione di terapie fisiche (laserterapia, ultrasuoni etc.);

che vengono effettuate presso i presidi ospedalieri territoriali o ambulatori esterni, l'Azienda non ha l'obbligo di acquisizione del Consenso Informato.

### DICHIARO:

- 1) di essere stato/a informato/a sulla necessità di procedere al seguente trattamento sanitario/terapeutico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- 2) con le seguenti modalità \_\_\_\_\_;
- 3) di avere ricevuto al riguardo le informazioni dettagliate e approfondite di seguito indicate dal dal Medico di Medicina Generale Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e dal personale infermieristico dell'A.S.P. Opera Pia Antonio Gatti (non essendo la struttura dotata di un Medico interno), che sottoscrivono il presente modulo a conferma del contenuto delle informazioni di cui al precedente punto 1) e al presente punto 3):
  - **natura e scopo del trattamento:** \_\_\_\_\_;
  - **rischio/inconvenienti:** \_\_\_\_\_;
  - **modalità di intervento e/o alternative possibili (con l'indicazione per ciascuna dei rischi, dei vantaggi e degli effetti indesiderati):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
  - **conseguenze del mancato trattamento:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
  - **durata del trattamento:** \_\_\_\_\_;

 Via Antonio Gatti, n. 5 62010 Montecosaro (MC)	PROT	Rev. 0.1 del 01.06.2024	Pagina 3 di 3
	<b>MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER TRATTAMENTI SANITARI</b>		937-34-03-MOD

- **comportamenti da tenere per evitare complicazioni successive al trattamento:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

- **possibilità di ritirare il consenso in qualsiasi momento.**

**DICHIARO**, inoltre:

- di **aver compreso** i termini e le modalità del trattamento proposto e di cui innanzi, nonché i prevedibili vantaggi, i rischi connessi e gli eventuali effetti indesiderati;
- che prima di esprimere il *consenso/dissenso* ho avuto il **tempo necessario per decidere** e l'opportunità di chiedere eventualmente informazione ad un Medico di fiducia;
- che tutte le domande poste hanno avuto risposte **soddisfacenti**.

Tutto quanto sopra premesso, **DICHIARO** (*precisare il caso specifico barrando la relativa casella*):

- di acconsentire** al trattamento sanitario/terapeutico illustrato e indicato in premessa;
- di NON acconsentire** al trattamento sanitario/terapeutico illustrato ed indicato in premessa e di **esonerare totalmente** il mio Medico di Medicina Generale ed il personale infermieristico operante presso la suddetta Struttura da qualsivoglia responsabilità per danni conseguenti alla decisione assunta.

**Eventuali osservazioni del dichiarante in ordine al percorso per l'acquisizione del consenso:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

_____	_____
<i>(luogo e data)</i>	<i>Firma dell'Ospite</i>

_____	_____
<i>(luogo e data)</i>	<i>Firma del tutore/amministratore di sostegno/fiduciario in qualità di rappresentante legale dell'Ospite</i>

<b>Per presa visione</b>	
_____	_____
<i>(luogo e data)</i>	<i>Firma del Terzo firmatario del contratto di ospitalità</i>

\_\_\_\_\_

*(luogo e data)*

\_\_\_\_\_

*Timbro e Firma del Medico di Medicina Generale*

\_\_\_\_\_

*(luogo e data)*

\_\_\_\_\_

*Firma dell'infermiere*