



FAC SIMILE Modulo di Consenso Informato per Progetto Assistenziale Personalizzato

Professionista sanitario: _____

Assistito: Cognome _____ Nome _____

Data di nascita: //____ Codice **fiscale:** _____

INFORMAZIONE SULL'INTERVENTO ASSISTENZIALE

Il/la sottoscritto/a professionista ha informato il/la Sig./Sig.ra _____ in merito al progetto assistenziale personalizzato, che prevede:

- o **Finalità:** migliorare, mantenere o ripristinare lo stato di salute e benessere della persona assistita attraverso interventi assistenziali pianificati e individualizzati.
- o **Tipologie di prestazioni previste:** (es. medicazioni, gestione della terapia farmacologica, assistenza alla mobilizzazione, rilevazione dei parametri vitali, supporto educativo e motivazionale, attività di prevenzione delle complicanze).
- o **Modalità di esecuzione:** interventi a domicilio / in sede ambulatoriale, secondo il piano definito con la persona assistita.
- o **Durata prevista:** _____
- o **Rischi e complicanze potenziali:** rischio di insuccesso parziale degli interventi, insorgenza di complicanze correlate allo stato di salute o ai trattamenti assistenziali.
- o **Alternative possibili:** ricorso ad altri servizi sanitari pubblici o privati; possibilità di rifiutare singoli interventi.
- o **Diritto di revoca:** la persona assistita può revocare il consenso al progetto assistenziale in qualsiasi momento senza necessità di motivazione.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____

- o Dichiaro di aver ricevuto informazioni complete, comprensibili e adeguate riguardo al progetto assistenziale proposto;
- o Affermo di essere stato/a messo/a nelle condizioni di porre domande e di ricevere risposte chiare e soddisfacenti;
- o Dichiaro di aver compreso le finalità, le modalità, i benefici, i rischi e le alternative disponibili;
- o Presto il proprio consenso libero e consapevole all'esecuzione del progetto assistenziale, autorizzando il professionista sanitario sopra indicato a realizzare le attività pianificate.

Luogo e data: _____

Firma dell'assistito (o di chi ne esercita la rappresentanza legale)

Firma del professionista sanitario

NOTA IMPORTANTE:

- o In caso di rappresentanza legale, occorre allegare copia della documentazione che attesta la titolarità (es. procura, nomina di tutore o amministratore di sostegno).
- o La persona assistita ha diritto di ricevere copia del presente modulo, unitamente al piano assistenziale condiviso