



DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a nato/a a il
residente in Via n° cap..... documento di
riconoscimento n° rilasciato da..... in data e valido fino al
..... in qualità di del minore/utente nato/a il di cui si
chiede il ricovero in regime di..... presso il CdR Della Fondazione ODA

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità

DICHIARA

di essere stato informato/a dall'Equipe settore _____ in maniera a me comprensibile ed esauriente in merito a:

- Situazione clinico – sanitaria;
- Sul trattamento riabilitativo che verrà intrapreso al fine del raggiungimento degli obiettivi prefissati e definiti nel P.R.I. con i programmi terapeutici di: FKT; PM; LT; TO; RP; OT
- Sui benefici ottenibili (raggiungimento obiettivi riabilitativi, esiti desiderati, aspettative e priorità del PRI)
- Sulla durata del trattamento
- Sulle possibili complicanze durante l'erogazione della prestazione riabilitativa nonché durante la permanenza in struttura, relative a:
 - caduta accidentale, fratture o lussazioni articolari, mobilizzazione dei mezzi di sintesi, distrazioni o strappi muscolari, lesioni capsulo-ligamentose, lesioni cutanee, instabilità emodinamica transitoria durante i cambi posturali, affaticamento, affanno, possibile scompenso cardiaco in situazioni non note all'atto della stesura del PRI; possibile disseminazione attraverso il sistema linfatico di patologia oncologica non nota; insorgenza o aumento di sintomatologia algica.
 - soffocamento in caso di disfagia e non, polmoniti ab ingestis, abrasioni della mucosa orale con o senza sanguinamento.
 - Traumi derivanti da manifestazioni di etero-aggressività fisica.
 - caduta accidentale, distorsioni articolari.
- Sui rischi del mancato trattamento (assenze, scarsa compliance) che può determinare un peggioramento della sintomatologia o della funzionalità lesa e/o l'instaurarsi di patologie croniche.
- Sul possibile contagio da infezioni correlate all'Assistenza (ICA).
- Sui possibili rischi clinici collegati all'erogazione della prestazione riabilitativa.
- Sui possibili rischi connessi alla struttura e/o all'utilizzo di particolari attrezzature.

Premesso tutto ciò il sottoscritto _____ nella qualità di:

- Utente;
- Genitore (firma di entrambi)
- Amministratore di Sostegno / tutore
- Altro _____ (specificare)

Presta il suo CONSENSO all'effettuazione del trattamento riabilitativo e dichiara, altresì, di essere stato/a messo/a a conoscenza di poter revocare tale consenso in qualunque momento.

Data _____

FIRMA _____