



PRO - 23

Informazione al paziente e il rilascio del consenso informato

Sommario

Applicabilità	2
Gestione del rischio	2
Emergenza Covid-19	4
Informazioni documentate da conservare	5
Revisione del Protocollo	6
1. Scopi	6
2. Destinatari	6
3. Ambito di applicazione	7
3.1 Fonti normative	7
4. Definizione	7
4.1 Obblighi di informazione	7
4.1.1. Codice di Deontologia Medica (articoli da 30 a 34).....	8
4.1.2 Codice Deontologico degli Infermieri (art. 4.5).....	8
5. Il rilascio del consenso	9
5.1 Consenso scritto e verbale	9
5.2 Revoca del consenso	10
5.3 Delega del consenso	10
6. Eccezioni all'obbligo del consenso.....	10
Allegato 1 – Modulo per il rilascio del consenso informato.....	11
Allegato 2 - Modulo di consenso informato per autorizzazione esami ematochimici nel caso di incidenti con rischio infettivo a carico del personale della struttura	13
Allegato 3 - ELENCO DELLA MODULISTICA ALLEGATA	14

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015	Pag. 2 di 14
	Protocollo Informazione al paziente e rilascio del consenso informato	PRO – 23 Rev. 02 del 13.07.2020

Numero Revisione	Motivo	Data	Firma Legale Rappresentante	Firma RAQ
00	EMISSIONE	31/03/2011		
01	Consenso informato esami ematochimici rischio infettivo operatori	31/07/2014		
02	Revisione	13.07.2020	FIRMATO A DISTANZA	FIRMATO A DISTANZA

Applicabilità

Fattore di rischio	n. Protocollo	Titolo del Protocollo adottato al fine di implementare un'azione di sistema atta ad affrontare il rischio connesso con il fattore specifico individuato	RSA CD e AD anziani	CAP	Comunità e CD Minori	Nidi d'infanzia	CDD / CDS	CIAF/CAG/Educativa	Servizi immigrati e medd. Ling.	Assistenza scolastica	Assistenza sociale
Consenso informato	23	Protocollo Informazione al paziente e rilascio del consenso informato	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Le misure di seguito indicate sono applicate in base alla pertinenza della specifica attività per la tipologia di ospiti del servizio/struttura. Per ciascun servizio / struttura può essere allegato un protocollo specifico che individua, tenuto conto della valutazione del rischio, particolari disposizioni derogatorie ovvero indicazioni operative rilevanti riguardo altresì alla tipologia di ospiti o ad altre esigenze specifiche del servizio.

Il Coordinatore si fa carico di tenere aggiornato il suddetto elenco e di trasmetterlo al RAQ che ne verifica la rispondenza al SGI e lo archivia tra gli elenchi della documentazione a sistema.

Gestione del rischio

La valutazione del rischio è il processo complessivo d'identificazione, analisi e ponderazione del rischio. L'attività di valutazione del rischio è applicata ai singoli processi aziendali, inclusi pertanto



i processi di erogazione connessi all'applicazione del presente protocollo, e deriva dalla comprensione del contesto (fattori interni ed esterni) e delle parti interessate (cfr. Sez. 04 MGI e PG 04 Gestione del Rischio). Tale comprensione evidenzia fattori di rischio e opportunità che determinano la definizione dei processi aziendali e le loro interazioni.

In linea con i principi seguiti della norma IEC 31010:2009, la metodologia seguita per la valutazione del rischio è quella che, valuta la grandezza del rischio (indice del rischio) come moltiplicatore di una matrice quadrata 4x4, quindi:

P				
	4	8	12	16
	3	6	9	12
	2	4	6	8
	1	2	3	4
				C

$R = P \times C$
R = indice del rischio;
P = probabilità o frequenza del verificarsi dell'evento;
C = ponderazione delle conseguenze derivanti

Range numerico	Livello	Misure di contenimento
----------------	---------	------------------------

1 – 3	Rischio basso	Nessuna AC specifica, consolidamento dei livelli di Rischio, valutazione eventuali miglioramenti.
-------	---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

4 – 8	Rischio medio	Predisposizione AC od obiettivi di miglioramento nel medio periodo, aumento del monitoraggio e del controllo.
-------	---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

9 – 16	Rischio alto	Predisposizione AC urgenti, stretto monitoraggio e controllo della fonte di Rischio.
--------	--------------	--------------------------------------------------------------------------------------

Indice numerico	Livello	Definizione/criterio
-----------------	---------	----------------------

1	Improbabile	Indica la scarsissima probabilità del verificarsi dell'evento per la mancanza della presenza oggettiva del rischio in esame. Non sono noti episodi già verificatisi. Assenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità Il verificarsi dell'evento susciterebbe incredulità.
---	-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2	Occasionale	Indica la scarsa possibilità del verificarsi dell'evento. Sono noti solo rarissimi episodi già verificatisi o che sarebbero potuti accadere. Scarsa presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità. Il verificarsi dell'evento ipotizzato susciterebbe grande sorpresa.
---	-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



3	Probabile	<i>Indica la possibilità concreta del verificarsi dell'evento. È noto qualche episodio in cui alla non conformità ha fatto seguito l'evento. Presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità. Il verificarsi dell'evento ipotizzato susciterebbe una moderata sorpresa.</i>
---	-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4	Molto probabile	<i>Esiste una correlazione diretta tra la non conformità rilevata ed il verificarsi dell'evento ipotizzato. Si sono già verificati episodi per la stessa non conformità rilevata in situazioni operative simili. Alta presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità.</i>
---	-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Valutazione delle conseguenze (C)		
Indice numerico	Livello	Definizione/criterio
1	Lieve	<i>Evento di scarsa entità, con conseguenze facilmente contenibili</i>
2	Media	<i>Evento di media entità, che coinvolge parte dell'Organizzazione</i>
3	Grave	<i>Evento di grave entità, che coinvolge parte dell'Organizzazione</i>
4	Gravissima	<i>Evento di grave entità, che coinvolge l'intera Organizzazione</i>

La Cooperativa elabora, per i diversi servizi, una valutazione del rischio specifico di erogazione, a partire dall'applicazione del presente protocollo tenendo conto:

- Delle NC rilevate rispetto al processo considerato
- Delle AC intraprese a seguito di NC o reclami riferibili al processo
- Dei reclami pervenuti relativamente al processo
- Di eventuali eventi critici, near miss o criticità rilevate e riferibili al processo
- Dei risultati di controlli, verifiche, ispezioni anche di Enti esterni relativamente al processo
- Dei risultati degli audit interni relativi al processo
- Dell'efficacia della formazione erogata che ha un impatto sul processo
- Dei risultati conseguiti dalle azioni di miglioramento intraprese relativamente al processo considerato
- Dell'andamento del processo e di altri aspetti specifici inerenti il processo
- Di ulteriori fattori rilevanti del contesto interno od esterno impattanti sul processo
- Dei risultati derivanti dalle indagini di soddisfazione del cliente e del clima interno
- Dai rapporti del servizio dei Coordinatori dei servizi e delle strutture

Emergenza Covid-19

In relazione all'emergenza Covid – 19 la Cooperativa ha adottato le misure di sicurezza da applicare all'erogazione del servizio, mediante protocolli speciali, procedure e documenti

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015	Pag. 5 di 14
	Protocollo Informazione al paziente e rilascio del consenso informato	PRO – 23 Rev. 02 del 13.07.2020

organizzativi. Il presente protocollo, per quanto incompatibile con le più strette misure di sicurezza previste, viene da queste modificato senza necessità di specifica revisione.

Il quadro normativo di riferimento è in costante evoluzione. [A questo link del sito web del Dipartimento della Protezione Civile](#) sono disponibili in costante aggiornamento i provvedimenti normativi a livello governativo e regionali relativi alla gestione dell'emergenza.

[A questo link](#) in particolare sono disponibili le Ordinanze del Presidente della Regione Toscana specificamente inerenti la gestione dell'emergenza nelle strutture socio-sanitarie.

[A questo link](#) in particolare è disponibile la documentazione prodotta dall'A.USL Toscana Nord Ovest inerenti la gestione dell'emergenza nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Si fa riferimento a tale documentazione quale aggiornamento delle leggi e della documentazione di origine esterna.

Ai fini della gestione dell'emergenza, le autorità sanitarie e di protezione civile emettono altresì protocolli e linee guida con indicazioni operative da applicare e/o raccomandazioni suggerite riferibili ad esempio a strutture o servizi assistenziali e socio-sanitari specifici. Anche tale documentazione viene acquisita dal sistema come documentazione di origine esterna ed è oggetto sia di trasmissione ai servizi interessati, che di applicazione nella documentazione di erogazione del servizio.

In particolare vengono formalmente recepite nel sistema di gestione:

- le Ordinanze del Presidente della Regione Toscana sopra richiamate e applicabili al contesto aziendale;
- le Delibere di GR Toscana applicabili al contesto aziendale
- le Linee di indirizzo della Regione Toscana applicabili al contesto aziendale
- le Linee di indirizzo elaborate dall'A. USL Toscana Nord Ovest – Unità di Crisi Gestione dell'emergenza COVID-19;
- Rapporti Covid-19 a cura dell'Istituto Superiore di Sanità <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>

Informazioni documentate da conservare

Presso i singoli servizi / strutture sono in uso modulistica specifica per la registrazione delle informazioni documentate da conservare inerenti lo svolgimento degli atti assistenziali. In alcune strutture è in uso altresì il gestionale e-personam che progressivamente consente di sostituire la registrazione cartacea con la registrazione digitalizzata.

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015	Pag. 6 di 14
	Protocollo Informazione al paziente e rilascio del consenso informato	PRO – 23 Rev. 02 del 13.07.2020

In allegato al presente protocollo (allegato 3) l'elenco della modulistica ad esso riconducibile in uso presso ciascun servizio / struttura. Il Coordinatore si fa carico di tenere aggiornato il suddetto elenco e di trasmetterlo al RAQ che ne verifica la rispondenza al SGI e lo archivia tra gli elenchi della documentazione a sistema. Resta inteso che ciascun servizio non sia autorizzato ad introdurre autonomamente nuova modulistica e che ciò avvenga attraverso l'ordinario processo di emissione.

Revisione del Protocollo

Il presente protocollo è sottoposto a revisione triennale e ogniqualvolta ciò si renda necessario. La revisione può essere proposta anche dai singoli servizi per il tramite del Coordinatore e/o dell'infermiere laddove presente.

La proposta di revisione può essere inoltrata al RAQ via email indicando:

- **n. pagina oggetto di modifica;**
- **paragrafo da modificare;**
- **testo del paragrafo da modificare;**
- **testo proposto per la modifica**

1. Scopi

Questa procedura è redatta per i seguenti scopi:

1. **acquisire il consenso informato in tutte le occasioni previste dalla legge**
2. **regolamentare l'acquisizione dello stesso**
3. **individuare le responsabilità delle attività connesse all'acquisizione**

2. Destinatari

Sono destinatari del presente protocollo:

- **il Responsabile dell'area amministrativa**
- **il Responsabile dell'area infermieristica**

 <p>C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale</p>	Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015	Pag. 7 di 14
	Protocollo Informazione al paziente e rilascio del consenso informato	PRO – 23 Rev. 02 del 13.07.2020

3. Ambito di applicazione

Questo protocollo si applica ai seguenti casi:

1. acquisizione del consenso informato per l'adozione di mezzi di contenzione fisica
2. acquisizione del consenso informato per lo somministrazione di alimentazione forzata
3. acquisizione del consenso informato per lo svolgimento di prestazioni mediche

3.1 Fonti normative

- Art. 13 della Costituzione (inviolabilità della libertà individuale)
- Art. 32 della Costituzione (necessità del consenso all'attività terapeutica)
- Convenzione di Oviedo 4/4/1997 (ratificata con L. 145/2001)
- Codice di Deontologia Medica
- Codice degli Infermieri

4. Definizione

Qualunque trattamento sanitario, medico o infermieristico, necessita del preventivo consenso del paziente; è quindi il suo consenso informato che costituisce il fondamento della liceità dell'attività sanitaria, in assenza del quale l'attività stessa costituisce reato. Il fine della richiesta del consenso informato è dunque quello di promuovere l'autonomia dell'individuo nell'ambito delle decisioni mediche.

Il malato può decidere se vuole essere curato per una malattia e ha il diritto/dovere di conoscere tutte le informazioni disponibili sulla propria salute, chiedendo al medico ciò che non è chiaro; inoltre deve avere la possibilità di scegliere, in modo informato, se sottoporsi ad una determinata terapia o esame diagnostico.

Il rilascio di uno specifico consenso informato è predisposto ai fini autorizzativi, inoltre, nel caso in cui sia necessario svolgere esami ematochimici a carico dell'ospite a seguito di un incidente con rischio infettivo occorso al personale della struttura.

È infine raccolto presso il tutore legale dell'Ospite, laddove presente, il consenso al ritiro per conto dell'Utente rappresentato dei referti degli esami eseguiti, con obbligo di informativa allo stesso degli esiti.

4.1 Obblighi di informazione

 <p>C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale</p>	<p>Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015</p>	<p>Pag. 8 di 14</p>
	<p>Protocollo Informazione al paziente e rilascio del consenso informato</p>	<p>PRO – 23 Rev. 02 del 13.07.2020</p>

4.1.1. Codice di Deontologia Medica (articoli da 30 a 34)

Sull'informazione al paziente il Codice precisa che:

1. il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate;
2. l'informazione a terzi è ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso dal paziente;

Sul consenso del paziente il codice precisa che:

1. il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente.
2. in presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona;
3. il consenso o il rifiuto del consenso può essere esercitato dal legale rappresentante del paziente minore, interdetto o inabilitato;
4. il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso.
5. l'unica eccezione ammessa è quella relativa all'assistenza d'urgenza (*"Allorché sussistano condizioni di urgenza e in caso di pericolo per la vita di una persona, che non possa esprimere, al momento, volontà contraria, il medico deve prestare l'assistenza e le cure indispensabili"*)

Infine all'articolo 51 il codice precisa che:

"Quando una persona, sana di mente, rifiuta volontariamente e consapevolmente di nutrirsi, il medico ha il dovere di informarla sulle conseguenze che tale decisione può comportare sulle sue condizioni di salute. Se la persona è consapevole delle possibili conseguenze della propria decisione, il medico non deve assumere iniziative coercitive né collaborare a manovre coattive di nutrizione artificiale, ma deve continuare ad assisterla."

4.1.2 Codice Deontologico degli Infermieri (art. 4.5)

Il Codice Deontologico degli Infermieri prevede che l'infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza e adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato.

Da cui si evince che l'infermiere:

1. Aiuta e sostiene la persona nelle proprie scelte



2. Garantisce le informazioni riguardo alle proprie autonomie e competenze, ed ai relativi piani assistenziali
3. Tiene conto della persona, modulando la propria comunicazione secondo le sue capacità di comprensione
4. Garantisce le informazioni globali rispetto al contesto, anche di natura non clinica
5. Riconosce il diritto alla scelta del paziente di non essere informato.

5. Il rilascio del consenso

5.1 Consenso scritto e verbale

Il consenso deve essere scritto nei casi in cui l'esame clinico o la terapia medica possano comportare gravi conseguenze per la salute e l'incolumità della persona.

Se il consenso è rifiutato, il medico ha l'obbligo di non eseguire o di interrompere l'esame clinico o la terapia in questione.

Il consenso scritto è anche obbligatorio per legge, quando si dona o si riceve sangue, si partecipa alla sperimentazione di un farmaco o negli accertamenti di un'infezione da HIV, trapianto del rene tra viventi, interruzione volontaria della gravidanza, rettificazione in materia di attribuzione di sesso e nella procreazione medicalmente assistita.

Pertanto, la struttura raccoglie altresì il consenso scritto dell'ospite per lo svolgimento di esami ematochimici nel caso siano necessari in conseguenza di un incidente con rischio infettivo a carico del personale della struttura. Il consenso è raccolto al momento dell'inserimento dell'ospite stesso nella struttura, ovvero in un momento successivo qualora non sia stato fatto inizialmente. Il consenso è raccolto utilizzando il modulo allegato 2 al presente protocollo.

Negli altri casi, soprattutto quando è consolidato il rapporto di fiducia tra il medico e l'ammalato, il consenso può essere solo verbale ma deve essere espresso direttamente al medico. In ogni caso, il consenso informato dato dal malato deve essere attuale, deve cioè riguardare una situazione presente e non una futura.

Nel caso sia presente un tutore legale, questi può delegare e prestare il proprio consenso alla struttura, al fine del ritiro dei referti degli esami svolti dall'Utente rappresentato. La delega e il consenso è espresso su carta libera da parte del tutore e può essere revocato in ogni momento. Il tutore accompagna la dichiarazione del proprio consenso per la suddetta delega trasmettendo anche il proprio documento di identità in corso di validità. I dati del tutore sono trattati per tale finalità in conformità alla normativa

 <p>C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale</p>	Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015	Pag. 10 di 14
	Protocollo Informazione al paziente e rilascio del consenso informato	PRO – 23 Rev. 02 del 13.07.2020

vigente in materia di trattamento di dati personali (Regolamento UE 2016/679 e normativa italiana applicabile).

5.2 Revoca del consenso

Il consenso può essere revocato in ogni momento dal paziente e, quindi, gli operatori sanitari devono assicurarsi che rimanga presente per tutta la durata del trattamento: se la cura considerata prevede più fasi diverse e separabili, la persona malata deve dare il suo consenso per ogni singola parte di cura.

5.3 Delega del consenso

Il consenso informato può essere espresso da un'altra persona solo se questa è stata delegata espressamente dal malato stesso.

Titolare del bene giuridico tutelato è il Paziente; se minore o incapace di intendere e di volere, il Legale rappresentante.

Il consenso dei parenti prossimi non ha alcun significato legale.

Se il malato è maggiorenne ma è incapace di decidere, è il tutore legale a dovere esprimere il consenso alla cura. Ma la persona interdetta ha diritto ad essere informata e di veder presa in considerazione la sua volontà.

In caso di minore, al medico compete la decisione clinica che va adottata tenendo in conto l'opinione dei genitori e, ove possibile, la volontà del soggetto. Nell'eventualità di urgenza e necessità, il dissenso dei genitori non può condizionare l'operato medico.

Se vi è difformità fra la decisione del soggetto esercente la potestà (Genitore o Tutore) di rifiuto di cure e diritto alla vita dell'incapace, il medico, non potendosi sostituire a lui, ha il dovere di informare il giudice competente perché adotti i provvedimenti di urgenza e nel caso di impossibilità di suo intervento, dovrà agire sulla base dello stato di necessità o del consenso presumibile di quest'ultimo.

6. Eccezioni all'obbligo del consenso

Le uniche eccezioni all'obbligo del consenso informato sono:

1. le situazioni nelle quali la persona malata ha espresso esplicitamente la volontà di non essere informata;
2. le condizioni della persona siano talmente gravi e pericolose per la sua vita da richiedere un immediato intervento di necessità e urgenza indispensabile. In questi casi si parla di consenso presunto.



Allegato 1 – Modulo per il rilascio del consenso informato

Io sottoscritto _____

Oppure

lo sottoscritto _____ in qualità di _____
(rappresentante legale dell'ospite) del/la Sig./Sig.ra _____

DICHIARO

- 1) di essere stato informato che a seguito del peggioramento delle condizioni psico-fisiche accertate in data ___/___/20___ dal dott. _____ medico curante / medico specialista dell'assistito/a, verrò/à sottoposto a:

I seguenti mezzi di contenzione fisica:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

La somministrazione di alimentazione forzata a mezzo _____

Lo svolgimento dei seguenti esami clinici o terapie mediche che possono comportare gravi conseguenze per la salute e l'incolumità della persona

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

- 2) di essermi reso conto quanto sia importante l'adozione di tali misure al fine di tutelare la salute e l'incolumità dell'assistito/a;
- 3) di essere stato messo a conoscenza in particolare:
- del tipo di misure/esami/terapie prescritte
 - delle modalità di esecuzione delle stesse
 - dei vantaggi ai fini di una migliore salvaguardia dell'incolumità fisica
 - dei rischi ad esse correlati



C.R.E.A.
Società Cooperativa Sociale

**Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente
UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015**

Protocollo Informazione al paziente e rilascio del
consenso informato

Pag. 12 di 14

PRO – 23
Rev. 02 del 13.07.2020

In occasione della consegna/firma del presente modulo, io sottoscritto richiedo ulteriori precisazioni in merito a:

- 4) che il Dott. _____ ha esposto quanto sopra in modo chiaro e comprensibile ed ha risposto esaurientemente ad ogni quesito.
- 5) che in data _____ mi è stata consegnata copia del presente modulo al fine di consentire una attenta lettura e valutazione di quanto sin qui esposto

Firma per ricevuta _____

A seguito di quanto sopra **dichiaro di acconsentire** a quanto sopra specificato

Solo in caso di legale rappresentante

*Essendo il paziente incapace di esercitare il proprio diritto al consenso in quanto _____ il sottoscritto _____ in qualità di _____ **dichiara di acconsentire** in sua vece a quanto sopra specificato.*

Data _____

Firma per rilascio del consenso _____

Il Medico

Dott. _____ Firma _____

Altre persone eventualmente presenti:



C.R.E.A.
Società Cooperativa Sociale

Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente
UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015

Protocollo Informazione al paziente e rilascio del
consenso informato

Pag. 13 di 14

PRO – 23
Rev. 02 del 13.07.2020

Allegato 2 - Modulo di consenso informato per autorizzazione esami ematochimici nel caso di incidenti con rischio infettivo a carico del personale della struttura

Io sottoscritto Familiare referente
 Tutore
 Amministratore di sostegno

Nato a il residente a

Via n° tel. /cell.

Dell'ospite nato/a il

ricoverato presso la struttura denominata

Ubicata in Via..... n.....

assistito nella suddetta con cure infermieristiche e assistenziali

autorizzo il personale infermieristico della struttura a sottopormi a prelievi ematochimici che saranno inviati al Pronto Soccorso della Asl di riferimento, al fine di diagnosticare l' eventuale affezione da HIV, HBV, HCV, qualora si verifichi un incidente, a danno degli operatori, che comporti contatto con materiale ematico, a seguito di punture con aghi od altri strumenti sanitari od esposizione accidentale a materiale biologico sulle mucose, conseguente alle operazioni di cura o assistenza alla mia persona.

L'ospite il familiare referente

il tutore

l'amministratore di sostegno

Luogo e data



C.R.E.A.
Società Cooperativa Sociale

Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente
UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015

Protocollo Informazione al paziente e rilascio del
consenso informato

Pag. 14 di 14

PRO – 23
Rev. 02 del 13.07.2020

Allegato 3 - ELENCO DELLA MODULISTICA ALLEGATA

SERVIZIO / STRUTTURA _____

E- personam

€ Si

€ No

In caso di risposta 'Sì' indicare quali sezioni sono utilizzate:

- ...
- ...
- ...

Indicare quali moduli legati al presente protocollo sono in uso:

Modulo	In uso (✓)

Aggiornato al _____