

### INFORMATIVA

La SAMOT eroga Cure Palliative Domiciliari in convenzione con la Azienda Sanitaria Provinciale.

Le Cure Palliative rappresentano la cura olistica di persone di ogni età con sofferenze correlate alla presenza di malattie gravi, in particolare di coloro che si avvicinano alla fine della vita. Hanno lo scopo di migliorare la qualità della vita dei pazienti, delle loro famiglie e dei loro caregiver. Le Cure Palliative vengono somministrate nel rispetto dell'autonomia e della autodeterminazione della persona assistita e includono la prevenzione, la diagnosi precoce, la valutazione globale e la gestione dei problemi fisici, tra cui il dolore e altri sintomi di sofferenza, disagio psicologico, sofferenza spirituale e bisogni sociali. Sono applicabili lungo tutto il decorso della malattia, in base ai bisogni del paziente e possono essere fornite in combinazione con terapie che intervengono sulla malattia ogniqualvolta necessario (IAHPC - International Association for Hospice and Palliative Care, 2020).

In particolare la SAMOT, sulla base del bisogno della persona assistita, garantisce:

- *assistenza medica;*
- *assistenza infermieristica;*
- *assistenza fisioterapica;*
- *assistenza psicologica;*
- *assistenza nutrizionale;*
- *assistenza logopedica;*
- *assistenza sociale;*
- *supporto nei compiti di igiene e cura personale*
- *mediazione linguistico-culturale;*
- *assistenza spirituale;*
- *supporto da parte dei volontari per necessità pratiche e di compagnia.*

***Dati del Paziente:***

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

***Cognome e nome del Medico che acquisisce il consenso*** \_\_\_\_\_

Risultano inoltre presenti, secondo le volontà del paziente, i seguenti familiari/parte dell'unione civile/il convivente/persona di sua fiducia:

Sig. \_\_\_\_\_ (Qualifica) \_\_\_\_\_

Sig. \_\_\_\_\_ (Qualifica) \_\_\_\_\_

Sig. \_\_\_\_\_ (Qualifica) \_\_\_\_\_

**ACQUISIZIONE CONSENSO INFORMATO**

In data odierna si è svolto al domicilio del paziente un colloquio fra questo ultimo e il medico SAMOT finalizzato all'acquisizione del Consenso Informato necessario alla presa in carico assistenziale.

Il Medico, dopo avere acquisito la documentazione clinica completa, ricevute le informazioni da parte del medico curante e/o specialista, valutati i bisogni di cura, in risposta ai quesiti posti dal paziente, fornisce le opportune informazioni ed ogni ulteriore chiarimento necessario in merito alle condizioni cliniche in atto.

Al paziente vengono altresì illustrate le risorse terapeutiche al momento disponibili, nonché gli obiettivi del percorso assistenziale di cure palliative.

Il paziente dichiara di avere ricevuto adeguate informazioni e di averle comprese, anche rispetto alle domande poste, sia in merito agli scopi ed al tipo di assistenza, sia in merito al trattamento dei suoi dati in conformità a quanto riportato nell'allegata informativa.

Di conseguenza il/la sottoscritto/a

 **ACCONSENTE** **NON ACCONSENTE**

alla presa in carico assistenziale da parte della SAMOT e di ricevere i relativi trattamenti che si renderanno necessari.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole di avere la possibilità in qualsiasi momento di **REVOCARE** il consenso prestato.

Il/la sottoscritto/a indica quale caregiver il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a in conformità con quanto espresso dall'art.1, commi. 3 e 4, della L. 219/2017

 **ACCONSENTE** **NON ACCONSENTE**

a ricevere informazioni riguardanti le proprie condizioni cliniche in atto, nonché la loro probabile evoluzione nel tempo.

Il presente documento è redatto in conformità a quanto indicato dall'art.1, commi 3 e 4, della L. 219/2017 ed è sottoscritto da tutti i presenti.

Trattandosi di soggetto impossibilitato a sottoscrivere il presente modulo, il consenso informato è stato acquisito mediante videoregistrazione salvata su idoneo dispositivo e inserita nella cartella clinica dell'assistito (legge 219/17 art. 1 comma 4).

Il Paziente \_\_\_\_\_ (firma) \_\_\_\_\_

Il Caregiver \_\_\_\_\_ (firma) \_\_\_\_\_

Il Medico \_\_\_\_\_ (firma) \_\_\_\_\_