

CONSENSO INFORMATO UTILIZZO STRUMENTI DI PROTEZIONE E TUTELA FISICA

DATI DELL'OSPITE:

Cognome Nome

Luogo e data di nascita

In osservanza alle norme Regionali e alla situazione Clinica collegata alla necessità della prestazione in essere, si propone l'utilizzo degli strumenti di protezione e tutela fisica per il/i seguenti motivi:

- Sicurezza
- Contenzione
- Allineamento posturale
- Altro

del seguente presidio:

- Spondine al letto
- Fascia addominale
- Fascia pelvica
- Pettorina
- Tavolino
- Polsiere
- Cavigliere
- Altro

Il sottoscritto:

- Amministratore di sostegno Tutore/Pro-tutore Familiare

Cognome Nome

Luogo e data di nascita

DICHIARA:

✓ di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto e in particolare su possibilità di successo, potenziali benefici e rischi, possibili complicanze e/o conseguenze e/o alternative e di averle effettivamente comprese, attraverso:

- informativa fornita anche mediante eventuale nota scritta
- il colloquio con un medico/operatore sanitario

✓ di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento

✓ di:

- accettare
- non accettare

Lo/gli strumento/i di protezione e tutela fisica proposto/i liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza dell'atto sanitario proposto.

Data

Firma