

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 :

2

✓ 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 _____