

## CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO

Io sottoscritto/a ..... in qualità di  assistito  caregiver  
 rappresentante legale (del paziente cognome ..... nome .....)  
ACCETTO l'attivazione del percorso di Assistenza Domiciliare Integrata della Società Cooperativa Sociale a.r.l. La Casa del Sole e DICHIARO:

1. di essere stato/a informato/a dal personale del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata della Società Cooperativa Sociale a.r.l. La Casa del Sole sulla natura e sulle caratteristiche del programma di assistenza che verrà messo in atto, le cui prestazioni, in particolare, riguardano:
  - trattamenti sanitari secondo PAI;
  - il monitoraggio delle condizioni cliniche con l'ausilio di strumenti non invasivi;
  - altri possibili interventi sanitari fisioterapici, sociosanitari e infermieristici secondo le necessità specifiche che si manifesteranno;
  - visite specialistiche erogabili previa richiesta MMG/PLS
2. di essere stato/a informato/a di poter comunque rifiutare qualsiasi trattamento proposto e di poter interrompere l'assistenza in qualsiasi momento;
3. di essere a conoscenza che i trattamenti non sono esenti da possibili complicazioni, anche se attuati con perizia, diligenza e prudenza.
4. di essere stato/a informato dei rischi, benefici e alternative inclusa la possibilità del non trattamento

Luogo e data

Firma del paziente/CG/Rappresentante legale

**Operatore che ha fornito l'informazione e ricevuto il consenso**

\_\_\_\_\_

(nome in stampatello)

\_\_\_\_\_

(firma)