

 <p>La casa del Sole società cooperativa sociale a.r.l.</p>	<p align="center">MODULO ORGANIZZATIVO TERRITORIALE</p> <p align="center">CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO</p>	<p>MOT_20_C_DOM pag. 1 di 1</p>
 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia</p>		<p>Edizione 0 Revisione 3 del 23/06/2023</p>

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

(Nominativo in stampatello)

(Firma per esteso)