



Informativa per i familiari di pazienti INCAPACI di interrelazione e autodeterminazione

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

DATI IDENTIFICATIVI DEI FAMILIARI AI QUALI SI FORNISCE L'INFORMAZIONE:

SOGGETTO 1: Parentela _____

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

SOGGETTO 2: Parentela _____

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

SOGGETTO 3: Parentela _____

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

SOGGETTO 4: Parentela _____

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

DICHIARAZIONE ASSENZA DI D.A.T. O TUTELA LEGALE

I familiari sottoscritti dichiarano

- l'assenza di un tutore o di un amministratore di sostegno;
- di essersi sincerati che il paziente non abbia redatto, in epoca precedente, quando era capace di intendere e volere, delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.) e/o una delega a terzi per le informazioni.

SINTESI SITUAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE E POSSIBILE EVOLUZIONE DELLA MALATTIA

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE

Pur nel tentativo di fornire informazioni sul trattamento terapeutico, sinceratisi dell'assenza di D.A.T. e/o di deleghe a terzi per le informazioni ivi compresa l'assenza di un tutore o di un amministratore di sostegno, il paziente è in attuali condizioni cliniche di incapacità di attività di interrelazione e di autodeterminazione.

Si rendono edotti i familiari circa la necessità di nomina di un amministratore di sostegno e si informano gli stessi che per l'avvio di tale procedura è necessario che si rivolgano presso la Cancelleria "Volontaria Giurisdizione" del Tribunale di Catania, sito in Piazza Giovanni Verga.

Si rendono altresì edotti i familiari che, nelle more delle tempistiche richieste da detta procedura, al fine di non determinare un ritardo della cura e per la tutela della salute dello stesso, in virtù della posizione di garanzia, il personale sanitario assicurerà alla persona assistita la necessaria continuità diagnostico-terapeutica e assistenziale, ad esempio:

prelievi venosi o arteriosi per esami ematochimici, indagini diagnostiche strumentali, cateterismo vescicale, somministrazioni di farmaci,...



Regione Siciliana
Azienda Ospedaliero Universitaria
Policlinico "G. Rodolico - San Marco"
Catania

PRESIDIO OSPEDALIERO:
Unità Operativa:
Nome Responsabile:

Si rendono altresì edotti i familiari che il paziente, in considerazione della sua attuale situazione clinica, pur non ricorrendo attualmente uno stato di necessità, ha bisogno di essere sottoposto ai seguenti atti sanitari per i quali è richiesto un consenso informato scritto:

Barrare se non pertinente

Qualora, prima che l'iter previsto per la nomina dell'amministratore di sostegno si sia conclusa, l'esecuzione degli atti sanitari sopra proposti o degli ulteriori accertamenti ritenuti necessari in considerazione dello stato clinico del paziente non sia ulteriormente procrastinabile, anche se sussista uno stato di necessità, al fine di non determinare ritardo della cura e per la tutela della salute dello stesso, si procederà in scienza e coscienza all'esecuzione degli stessi.

Data ____ / ____ / _____

Firma dei familiari

Nominativo del Medico che ha fornito l'informazione

Firma del Medico che ha fornito l'informazione

N.B. Copia della seguente informativa deve essere rilasciata ai familiari per essere allegata alla richiesta di nomina dell'amministratore di sostegno.

ULTERIORI PROCEDURE EFFETTATE DURANTE LA DEGENZA

Da compilarsi qualora dopo la firma del presente modulo si rendono necessarie ulteriori procedure che richiedono un consenso informato scritto.

A seguito dell'evoluzione del quadro clinico, si rendono edotti i familiari che il paziente, in considerazione della sua attuale situazione clinica, pur non ricorrendo attualmente uno stato di necessità e pur non essendo pervenuta la nomina di un amministratore di sostegno, ha bisogno di essere sottoposto ai seguenti atti sanitari per i quali è richiesto un consenso informato scritto:

Procedura diagnostico-terapeutica	Data	Firma del medico	Firma dei familiari