

CONSENSO INFORMATO

Scopo della presente procedura è individuare le modalità di comunicazione delle informazioni inerenti i trattamenti diagnostico-terapeutici e gli strumenti di acquisizione/rifiuto del consenso all'atto sanitario sulla base dei presupposti giuridici ed etico – deontologici attraverso una modulistica aziendale relativa all'acquisizione del consenso scritto e in caso negativo del rifiuto all'atto sanitario.

CARATTERISTICHE DEL CONSENSO

L'obiettivo del consenso informato è quello di creare con il paziente le condizioni per una sua decisione condivisa e una sua partecipazione consapevole agli atti sanitari che vengono compiuti. Il processo informativo deve essere modulato sulla richiesta di sapere del paziente, prevedendo tempi e luoghi adeguati, modalità di linguaggio appropriato, gradualità delle notizie, nonché tenendo conto delle persone che il paziente intende rendere partecipi.

Non si è, infatti, in grado di acconsentire specificatamente, se non si dispone dell'informazione adeguata, in assenza della quale qualsiasi modulo di consenso sottoscritto non è giuridicamente valido. Il processo che porta la persona assistita ad accettare/rifiutare un atto sanitario si articola, pertanto, in tre momenti fondamentali, in successione logica e cronologica:

1. la comunicazione al paziente di informazioni di rilevanza diagnostica e terapeutica
2. l'assicurazione che egli abbia capito il significato della suddetta comunicazione
3. la sua decisione definitiva in merito.

Si ricorda che il consenso che il paziente esprime nei confronti di un atto sanitario, dopo essere stato accuratamente informato, ha valenza anche nei riguardi di tutti gli altri componenti del team che collaborano all'esecuzione dell'atto stesso. La presa in carico globale prevede infatti che i professionisti coinvolti nel percorso di cura complessivo siano autorizzati ad intervenire in modalità multiprofessionale tramite un lavoro di équipe.

MODALITA' DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO IN CASI PARTICOLARI

Paziente minorenni. Il disposto dell'art. 316, Il comma, C.C. prevede che la potestà sui figli sia esercitata da entrambi i genitori o da uno solo di essi se l'altro è morto, decaduto, sospeso dalla potestà genitoriale, interdetto, irreperibile o comunque ostacolato dalla lontananza. Nei casi di trattamenti medici comuni (visite, medicazioni, ecc.) è sufficiente il consenso di uno solo dei genitori.

Modulo di Consenso informato allegato

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO GENERICO

MODULO DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO

Il |PAZIENTE NOME COGNOME RESIDENZA E CF O RAPPRESENTANTE LEGALE| dichiara di essere stato adeguatamente informato dal Professionista sanitario dei seguenti aspetti relativi al trattamento:

- scopo del trattamento;
- rischi/inconvenienti ragionevolmente prevedibili per la persona;
- benefici previsti;
- modalità di intervento e/o alternative possibili;
- conseguenze del mancato trattamento;
- durata del trattamento e regime di assistenza
- il consenso può essere ritirato in qualsiasi momento

DICHIARA INOLTRE

- che prima di esprimere il consenso al trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico ha avuto la possibilità di decidere;
- che tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente.

FIRMANDO IL PRESENTE CONSENSO

- autorizza il trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico ed eventuali seguenti interventi multiprofessionali.

In caso di pazienti minori Il/la sottoscritto/a padre/madre dichiara di esercitare la responsabilità genitoriale e che l'altro genitore è informato (art. 320 CC).

Data: |DATA| Firma

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO PER PSICOLOGO/PSICOTERAPEUTA

La sottoscritta dott.ssa/dott. |DOTTORE NOME COGNOME RESIDENZA E CF| prima di svolgere la propria opera professionale, lo/la informa di quanto segue:

-la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in colloqui clinici ed eventuale somministrazione di strumenti standardizzati (test) ed è finalizzata ad analizzare la domanda d'aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse;

a tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione, psicoterapia e di sostegno in ambito psicologico.

-la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati dal cliente/paziente. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente il cliente e valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l'interruzione della stessa;

-le prestazioni verranno rese presso il Centro Medico in Via G. Marconi n.1 Cornedo Vicentino VI;

-in qualsiasi momento il paziente/cliente potrà interrompere la prestazione. In tal caso, egli si impegna a comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale e si rende disponibile sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;

-lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge.

-la durata globale dell'intervento verrà definito in itinere sulla base delle necessità emergenti e in base agli obiettivi concordati tra professionista e cliente;

-gli incontri avranno indicativa frequenza settimanale con durata pari a 50 minuti nei giorni che il professionista concorderà di volta in volta con il cliente;

-le parti sono tenute all'osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti concordati.

-il compenso da corrispondere per ciascun incontro è pari ad Euro per incontri con minori e ad Euro per le consulenze con genitori/adulti (compreso del 2% da destinarsi obbligatoriamente alla Cassa di previdenza ENPAP) in aggiunta dei seguenti oneri: marca da bollo di 2 euro per fatture superiori a Euro 77,45.

Il sig./la sig.ra |PAZIENTE FULL| nella persona del suo rappresentante legale in caso di utente minore, avendo ricevuto l'informativa di cui sopra ed essendo stato posto a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista dichiara:

-di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con la dott.ssa/il dott. |DOTTORE NOME COGNOME|

-di aver pattuito il compenso come da preventivo sopra indicato, da intendersi comprensivo di tutti gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento fino alla conclusione dell'incarico ai sensi della Legge 4 Agosto 2017 n. 124, fatte salve le previsioni sopra indicate circa l'effettiva durata dello stesso.

Cornedo Vic.no il |DATA| Firma (entrambi i genitori se minore)

In caso di pazienti minori il/la sottoscritto/a padre/madre dichiara di esercitare la responsabilità genitoriale e che l'altro genitore è informato (art. 320 CC). Firma leggibile genitore/tutore legale _____

La dott.ssa/il dott. |DOTTORE NOME COGNOME| sottoscrive la presente anche per conferma del preventivo indicato _____

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPIA - OSTEOPATIA

In questo modulo sono riassunti concetti concernenti le indicazioni, modalità e controindicazioni al trattamento fisioterapico e osteopatico mediante somministrazione di Terapie Fisiche e Massofisioterapiche. Durante il corso della prima seduta saranno ulteriormente precisati e definiti nelle loro linee essenziali, in modo da avere il Suo assenso all'esecuzione delle terapie concordate.

Terapia Fisica Strumentale Massaggio terapeutico (massofisioterapia)

Tipi di massaggio: massaggio terapeutico, massaggio igienico, massaggio estetico, massaggio sportivo la cui finalità è ristabilire totalmente o parzialmente la funzionalità di organi malati tramite specifiche manualità massoterapiche. In questa categoria di massaggi rientrano, oltre al massaggio terapeutico classico, il linfodrenaggio, il massaggio connettivale (mio fasciale, neuro connettivale), il massaggio trasverso (anche con l'ausilio di fibrolissori) profondo, il massaggio mio fasciale. Rischi assoluti: flebiti (infiammazione di vene), trombosi, schizofrenia, malattie infettive della cute, nefriti, arteriosclerosi, infezioni in generale, stati febbrili, malattie di tipo dermatologico come herpes zoster o eritemi e dermatiti, cardiopatie, allergie in fase acuta, tumori, acne, micosi. Il paziente si obbliga ad informare preventivamente il professionista di qualsiasi stato morboso e/o patologia acuta o cronica di cui è affetto, impegnandosi a rimmettergli la documentazione comprovante le proprie condizioni di salute. Altre informazioni su richiesta del paziente _____

Io sottoscritto/a |NOME_RAPPRESENTANTELEGALE| dichiaro:

-di avere ricevuto dal fisioterapista spiegazioni in merito alla tipologia di trattamento fisioterapico a cui mi dovrò sottoporre/cui si dovrà sottoporre |PAZIENTE|, così come riassunto nei paragrafi di cui sopra;

-dichiaro di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver potuto porre domande e di avere ricevuto risposte in merito soddisfacenti;

-dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura dell'intervento di massofisioterapia o terapia fisica indicato nel modulo in oggetto e di aver altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare o essere connesse al predetto intervento;

-dichiaro di aver fornito tutte le informazioni sul mio stato di salute e di non avere in atto patologie a rischio assoluto e di non essere affetto da stati morbosi e/o patologie acute o croniche;

-dichiaro di essere stata/o informata/o del mio diritto di avere libero accesso alla documentazione concernente i trattamenti.

-dichiaro di essere affetto delle seguenti patologie: _____

-dichiaro di:

---essere portatore di Pace-maker: Sì No

---essere in gravidanza: Sì No

---la presenza di eventuali processi neoplastici in atto: Sì No

Accetto liberamente di sottopormi ai trattamenti massoterapici, fisioterapici e riabilitativi, avendo perfettamente compreso tutte le informazioni sopra riportate. In caso di pazienti minori Il/la sottoscritto/a padre/madre dichiara di esercitare la responsabilità genitoriale e che l'altro genitore è informato (art. 320 CC).

Cornedo Vic.no, |DATA| _____

Firma del Paziente _____

CONSENSO INFORMATO per la visita Neuropsichiatrica Infantile

Io sottoscritto il presente modulo dichiarano:

- di aver ricevuto da Proposte Educative la scheda informativa e di aver ricevuto dal Medico tutti i chiarimenti e le informazioni ulteriormente richiesti;
- di acconsentire a che il minore venga sottoposto a tale visita e al trattamento terapeutico eventualmente occorrente;
- di acconsentire a che il minore, in ragione dell'età venga informato e coinvolto dal Medico nel percorso diagnostico-terapeutico;
- di essere disponibili, ove occorrente, a portare il Medico a conoscenza di notizie e/o documenti relativi alla propria condizione clinica se ritenuti necessari e/o opportuni nell'interesse del minore.

INFORMATIVA Visita Neuropsichiatrica Infantile: cosa occorre sapere

La visita Neuropsichiatrica Infantile è una prestazione sanitaria, effettuata dallo specialista in Neuropsichiatria Infantile, un settore della medicina che studia i disturbi neuropsicologici, neurologici, psicologici e psichiatrici del minore in crescita, dalle problematiche più semplici e transitorie a quelle di maggior complessità, radicamento e peso.

Ci si rivolge al Neuropsichiatra Infantile sia per una semplice consulenza e sostegno, sia per iniziare un percorso di valutazione dello sviluppo del minore, che prevede un successivo approfondimento diagnostico ed eventualmente, in seguito, un trattamento riabilitativo o psicoterapeutico, secondo specifici standard ufficialmente riconosciuti, e tenendo sempre in massima considerazione i processi di inclusività psicosociale, compreso quanto richiesto ed offerto dall'ambiente, dalla famiglia e dalla scuola. In questa prima visita, che dura circa 90 minuti, il Neuropsichiatra Infantile ascolta le richieste dei genitori e raccoglie informazioni che riguardano la storia del bambino (anamnesi), focalizzando l'attenzione sul suo stato complessivo di salute, sulle sue fasi della vita, la qualità del suo sviluppo psicomotorio, cognitivo, linguistico e relazionale, e sull'eventuale individuazione di specifici disturbi. Esamina gli accertamenti diagnostici, se già effettuati (N.B. si prega quindi di portare con sé il libretto pediatrico, i referti di visite e di valutazioni sanitarie). Qualora il minore fosse in età scolare e presentasse, difficoltà di apprendimento, ne esamina l'andamento scolastico e le specifiche griglie descrittive degli insegnanti, redatte ai sensi dell'attuale legislazione in materia.

Durante tutta la visita il Neuropsichiatra Infantile ha anche modo di osservare i comportamenti del bambino nell'interazione con i familiari, nel gioco spontaneo e/o in attività specificatamente proposte, compresa l'interazione con lui. Eventualmente, somministra ai genitori interviste accreditate di screening, per verificare profili di abilità e competenze o per attestare il grado di complessità ed importanza di alcune manifestazioni cliniche. Seguirà, quando necessario, l'esame obiettivo neurologico. I genitori sono dunque chiamati a rispondere in modo particolareggiato e preciso alle domande dello specialista ma allo stesso tempo possono esprimersi liberamente, e formulare anch'essi specifici quesiti, soprattutto quelli relativi al proprio compito di crescere un figlio insieme, ottenendo da lui la sua opinione, il tutto in modo colloquiale.

Al termine della visita, il medico offre una documentata ipotesi diagnostica, una prima impressione che possa mettere in movimento le qualità del gruppo familiare, ed infine, l'elenco dei successivi approfondimenti, sviluppati a cura di diversi specialisti, quali psicologi dell'età evolutiva, logopedisti, terapisti della neuro psicomotricità, psicoterapeuti appartenenti alla nostra stessa struttura, affinché accolgano e seguano il bambino in un successivo iter diagnostico di approfondimento e presa in carico psicoterapeutica, con percorsi più continuativi. Inoltre, fornirà ulteriori indicazioni, comprese quelle necessarie al personale scolastico per attivare percorsi didattici individualizzati e qualora dovesse ritenerlo opportuno, prescriverà ulteriori indagini

strumentali e l'indicazione a terapie psicofarmacologiche. L'esito della consultazione è restituito ai genitori in forma di relazione scritta per il curante, condividendone con loro il contenuto, le indicazioni e le specifiche delucidazioni.

La visita NPI serve dunque a prevenire, ed iniziare a diagnosticare e/o gestire le numerosissime condizioni di salute che possono manifestarsi durante l'età evolutiva ma, parallelamente è anche un'occasione di osservazione e di incontro; viene svolta secondo le indicazioni di specifiche Linee Guida, del Codice di deontologia medica, dei principi della medicina basata sulle evidenze (Evidence-based medicine, EBM) e quelli di trasparenza, appropriatezza, efficacia ed efficienza.

Promuove la collaborazione tra i professionisti, comprese le strutture del SSN, sostiene prioritariamente il diritto alla salute del minore, secondo l'attuale legislazione. È dunque un'attività clinica non invasiva, dove non si vuole trovare una malattia ad ogni costo, quanto piuttosto avere una visione complessiva dello sviluppo del minore, dei suoi ostacoli, dei suoi punti di forza e delle potenzialità, dei suoi bisogni di cura, rispettosa della riservatezza del singolo e della famiglia, avendo sempre in mente che un genitore che si preoccupa della salute e del benessere del proprio bambino, è sempre una risorsa preziosa da sostenere, valorizzare ed è la prima da utilizzare quando necessario.

Per la presa visione dell'informativa e per il consenso

|NOME_RAPPRESENTANTELEGALE| per il minore |PAZIENTE|

In caso di pazienti minori Il/la sottoscritto/a padre/madre dichiara di esercitare la responsabilità genitoriale e che l'altro genitore è informato (art. 320 CC).

Cornedo Vic.no, |DATA| _____

Firma del Paziente _____