



S.S. Hospice  
**Consenso informato al  
ricovero**

Codice: MOD03PrSHosp01

Data: 12 giugno 2019

Revisione: 3

Pagina 1 di 2

**S.S. HOSPICE**

Dott.re R.Burello, Dott.ssa R. Gasparini, Dott.ssa M.Stivanello

Osp. S .Spirito, V. Vittorio Emanuele 3, 12042 Bra

☎ 0172420926 - 0172420955 , FAX 0172420172

EMAIL: hospice@aslcn2.it

**Consenso informato al ricovero in Hospice**

<b>Paziente</b>	<b>data di nascita :</b>	<b>luogo:</b>
1. esistono le condizioni cliniche e/o logistiche	per il colloquio con il paziente	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI*
2. esistono le condizioni cliniche e/o logistiche	per la firma del paziente	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI*
SE AD UNA DOMANDA E' STATO RISPOSTO <b>NEGATIVAMENTE</b> COMPILARE IL CONSENSO "DA TERZI"		
<b>Colloquio con/in presenza de il Sig.</b>		<b>parentela</b>

Gent. Sig.r/ra

in riferimento alle sue condizioni di malattia, come certamente discusso con i colleghi che l'hanno seguita nel percorso di cura, le è stato ora proposto l'ingresso presso la struttura di ricovero delle cure palliative, "Hospice". Per poterla ricoverare è necessario che esprima il suo consenso.

Quanto segue spiega cos'è l'Hospice e quali sono le sue finalità:

- l'Hospice è la struttura di ricovero delle cure palliative (cure orientate principalmente a mantenere la migliore qualità di vita possibile tramite il controllo dei sintomi per situazione di malattia non più suscettibili di cambiamento tramite terapie specifiche ed esami invasivi e non, troppo onerosi per la fragilità del quadro di malattia che lei presenta al momento).

- E' una struttura più simile a casa che ad un reparto ospedaliero (camera singola con bagno autonomo, attrezzata anche per l'eventuale accompagnatore, con televisione, frigo e telefono, ecc..; spazi comuni di incontro, aree per attività occupazionali, sala da pranzo, tisaneria, ecc..) pur mantenendone tutti i requisiti funzionali.

- L'organizzazione prevede un'assistenza continuativa, erogata da una equipe composta da varie figure professionali (medici, infermieri, OSS, psicologo, fisioterapista, dietologo, assistente spirituale, volontari) tutti esperti nel settore delle Cure Palliative ed in formazione continua.

- Il suo ricovero ha come finalità il controllo dei suoi sintomi fisici e il supporto psicologico ed emozionale, per quanto possibile, esteso anche a i suoi familiari, attraverso un piano di cura e di assistenza che verrà adattato alla sua persona e costantemente discusso, con il suo assenso, anche con i suoi cari "dalla terapia al prendersi cura".

- La struttura garantisce l'esecuzione di quegli esami e terapie utili al controllo della sua sintomatologia e proporzionati al suo quadro clinico. A tal proposito verranno evitate tutte le varie forme di accanimento diagnostico e terapeutico.

Qualora le condizioni cliniche e le possibilità assistenziali dei suoi cari lo consentissero sarà valutato un eventuale rientro al domicilio, con supporto dell'equipe delle cure palliative (dimissione protetta).

Il direttore e l'equipe di cure palliative

Il sottoscritto/a

nato/a a

il

Dopo aver preso visione di quanto suddetto e ricevute le informazioni richieste

ACCONSENTO AL RICOVERO

NON ACCONSENTO AL RICOVERO

Firma

Il medico

data

**CONSENSO INFORMATO ESPRESSO “DA TERZI”**

- A) SE NON E' IN GRADO DI ESPRIMERE ATTUALMENTE LA PROPRIA VOLONTA',  
B) SE NON E' IN GRADO DI APPORRE ATTUALMENTE LA PROPRIA FIRMA,

**FORNISCE IL CONSENSO FORMALE IN QUALITA' DI :**

- ESECUTORE DAT    AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO    TUTORE/CURATORE  
 FAMILIARE (6°)/ CONVIVENTE    AFFINE (4°)

NELLA PERSONA DEL/LA SIG. (nome e cognome)

NATO A

IL

RESIDENTE A

INDIRIZZO

GRADO DI PARENTELA

DOCUMENTO DAT / ORDINANZA TRIBUNALE N°

VI E' CONOSCENZA DI ALTRI PARENTI   NO   SI

GRADO DI PARENTELA

Data

Firma