

## CONSENSO INFORMATO ACCESSO IN HOSPICE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

### DICHIARO

di essere stato/a informato/a dal dr./dr.ssa \_\_\_\_\_, dirigente medico  
dell'UO Cure Palliative in merito a:

- scopo del trattamento proposto
- benefici previsti
- rischi / inconvenienti prevedibili per la persona, in base alle principali evidenze scientifiche
- conseguenze del mancato trattamento
- alternative possibili

### DICHIARO INOLTRE

- di aver ricevuto chiare e complete informazioni sul programma di presa in carico in Cure Palliative e accesso in Hospice tramite la carta di accoglienza: trattamenti, luoghi, professionisti/operatori coinvolti
- che prima di esprimere il presente consenso ho avuto il tempo necessario per decidere e l'opportunità di consultare un medico di fiducia
- che le domande poste hanno avuto risposta esaustiva

### FIRMANDO IL PRESENTE CONSENSO

- AUTORIZZO** il trattamento proposto
- AUTORIZZO** la presa in carico per Cure Palliative e l'accesso in Hospice

#### DISPONGO INOLTRE

- a) che tutte le informazioni riguardanti il mio stato di salute e le eventuali modifiche dei piani di cura vengano comunicate:
- solamente a me
  - a me e a \_\_\_\_\_
  - solamente a \_\_\_\_\_

- b) in merito alle disposizioni anticipate di trattamento (DAT), comunico di aver / di non aver sottoscritto le DAT, che sono depositate presso .....  
comunico inoltre che il fiduciario da me identificato è .....(nome e cognome)  
..... (recapito telefonico).

- c) Durante il mio ricovero desidero usufruire dell'assistenza religiosa relativa alla fede che professo  
.....

- NON** autorizzo la presa in carico per cure palliative e l'accesso in Hospice
- Comprendo appieno le conseguenze del rifiuto di eseguire il trattamento sanitario consigliato

**Dichiaro di aver ricevuto, e in ogni caso di aver preso visione, dell'informativa art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679, disponibile anche sul sito [www.ioveneto.it/privacy](http://www.ioveneto.it/privacy), e conseguentemente**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (Firma del paziente, o  del familiare o  dell'amministratore di sostegno/ tutore se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà)

#### Parte riservata al medico

Dal colloquio avuto è risultato che il paziente ha ricevuto e compreso le informazioni ricevute ed ha espresso liberamente il suo consenso. Il MEDICO\* DR. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\* il medico che firma e raccoglie il consenso può essere diverso da quello che ha prioritariamente informato il paziente