

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'INTERVENTO INFERMIERISTICO

Sig./Sig.ra nato/a a il

Descrizione dell'intervento: pianificazione del.....

Gentile Paziente/Tutore, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche il Suo assenso all'applicazione dei trattamenti e dei piani assistenziali concordati.

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

Il piano assistenziale è predisposto con la finalità di affrontare un problema Infermieristico diagnosticato in seguito ad un appropriato accertamento oppure in applicazione di una prescrizione diagnostico terapeutica ottenuta in seguito a visita medica. Ogni intervento Infermieristico preventivato richiede per sua natura la collaborazione e la condivisione del Paziente e/o del suo Caregiver in quanto gli interventi infermieristici sono rivolti a educare, sostenere, integrare o sopperire alla perdita di autonomia della persona basandosi, ove possibile, sul potenziamento delle capacità residue.

RISCHI GENERICI

L'eventuale mal funzionamento di dispositivi per il rilievo dei parametri vitali o altri dati potrebbero falsare l'interpretazione delle situazioni di crisi. L'impiego, ove necessario di presidi assistenziali o medico chirurgici potrebbero disattendere le dichiarazioni di sicurezza del produttore.

RISCHI DEL MANCATO TRATTAMENTO

Il Paziente e/o il suo Caregiver principale edotti della/e diagnosi infermieristica/che relative al caso vengono informati circa la possibilità di un peggioramento del problema e delle conseguenze attese a breve, medio e lungo termine derivanti dal diniego al trattamento.

ALTRE INFORMAZIONI SU RICHIESTA DEL PAZIENTE

.....

Io sottoscritto:

Paziente:

Tutore/Amministratore di Sostegno.....

dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura degli interventi Infermieristici indicati nel modulo in oggetto e di aver altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivarne o esserne connesse.

Sono inoltre consapevole che senza la mia disponibilità nel seguire alcune delle indicazioni raccomandate dall'infermiere, i risultati attesi potrebbero essere compromessi.

Presto pertanto il mio assenso agli interventi infermieristici ed alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate, sottoponendomi al trattamento infermieristico per il periodo di tempo necessario allo svolgimento del programma propostomi.

NON acconsento alla applicazione del piano assistenziale propostomi.

Data, _____

Firma del Paziente

Firma del Tutore/Amministratore di Sostegno (allegata auto dichiarazione e copia documento di identità)

Firma Infermiere (iscrizione OPI di _____ n° _____)
