

**SCHEMA DI CONSENSO INFORMATO
PROPOSTO DALLA S.A.M.O.T.**

Dell'avente diritto

Io sottoscritto _____

nella piena capacità di intendere e di volere,

Del familiare/delegato

_____ che assume la presente dichiarazione per conto di _____ il quale allo stato è impossibilitato ad esprimere valido consenso,

- ricevuta notizia che per lo stato di salute è necessario l'intervento della SAMOT per assistenza domiciliare integrata per Cure Palliative;
- edotto delle finalità e delle modalità di assistenza della SAMOT;
- a conoscenza che, durante il periodo dell'assistenza, i sanitari della SAMOT potranno attuare provvedimenti, sottoporre ad accertamenti diagnostici o variare le terapie secondo il modificarsi delle condizioni del paziente;
- informato che l'assistenza sarà effettuata al domicilio del paziente e avrà continuità sino a che verranno garantite le condizioni di collaborazione da parte della famiglia e del paziente e fino a che verranno mantenute le condizioni logistiche ed ambientali tali da garantire un buono svolgimento dell'assistenza;
- a conoscenza dell'attuale stato di salute;
- a conoscenza che, con assunzione di ogni responsabilità penale e civile, oltre a quanto riferito in anamnesi, non vi sono altre informazioni utili da riferire ai sanitari al fine di migliorare la successiva condotta medica;
- informato che la SAMOT erogherà prestazioni di assistenza domiciliare;
- vista la Legge 676/96 ed il D.L. 123/97 sulla privacy;

autorizzo

La SAMOT a detenere presso la sede dell'Associazione copia della documentazione sanitaria e trasferire i dati personali e sanitari del paziente su supporto magnetico per fini di elaborazione statistica e di archiviazione.

Edotto di quanto sopra esposto da _____ rilascio il pieno consenso informato alla assistenza domiciliare effettuata secondo le suddette modalità.

Data _____

Firma _____