

ALLEGATO 33: Consenso informato a posizionamento accesso venoso

CONSENSO INFORMATO A POSIZIONAMENTO DI :

- CATETERE VENOSO CENTRALE A LUNGO TERMINE**
- CVC NON TUNNELLIZZATO (BREVE-MEDIO TERMINE)**
- CATETERE VENOSO CENTRALE AD INSERZIONE PERIFERICA TIPO PICC**
 - CATETERE VENOSO PERIFERICO TIPO MIDLINE**
 - CATETERE VENOSO PERIFERICO TIPO POWERGLIDE**

Persona assistita:

Nato/a ...a.....il.....

Rappr. Legale:

Genitori: Padre

Madre

Medico richiedente.....

Professionista sanitario posizionatore.....

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE ED ESPRESSIONE DI VOLONTA'
in merito a manovre invasive

A) DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE

Io sottoscritto/a.....dichiaro di:

AVER RICEVUTO in data dal/dalla Dr.ssa.....

in modo chiaro ed esaustivo le informazioni inerenti la necessità del posizionamento dell'accesso venoso in particolare su benefici, eventuali rischi, effetti collaterali, complicanze descritte nell'informativa sulla procedura.

- Informativa sulla procedura di posizionamento di CVC a lungo termine
- Informativa sulla procedura di posizionamento di Midline
- Informativa sulla procedura di posizionamento di PICC
- Informativa sulla procedura di posizionamento di CVC non tunnellizzato (breve-medio termine)

AVER LETTO ATTENTAMENTE questo documento e **AVERNE COMPRESO** tutto il contenuto

Data Firma Paziente

Firma Rappresentante Legale

Firma Genitori (o Affidatari): Padre

Madre

B) CONSENSO ALLA PROCEDURA

Io sottoscritto/a.....

AUTORIZZO il professionista sanitario impiantatore ad effettuare il posizionamento del catetere venoso
oppure

non **AUTORIZZO** il professionista sanitario impiantatore ad effettuare il posizionamento del catetere venoso

Data Firma Paziente

Firma Rappresentante Legale

Firma Genitori (o Affidatari): Padre

Madre

Firma e timbro del Medico che acquisisce il consenso:

Firma professionista sanitario posizionatore.....

C) REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a.....

REVOCO IL CONSENSO a effettuare/continuare l'espletamento della procedura attualmente in atto, pur avendo compreso contenuti e finalità della stessa, e, sono consapevole delle conseguenze che tale decisione avrà nell'iter diagnostico/terapeutico.

Data Firma Paziente

Firma Rappresentante Legale

Firma Genitori (o Affidatari): Padre

Madre

Firma e timbro del Medico che acquisisce la revoca :

Firma professionista sanitario come testimone

D) RINUNCIA ALL'INFORMAZIONE

Io sottoscritto/a.....

RINUNCIO CONSAPEVOLMENTE a qualsiasi informazione propositami dal personale medico e, ai fini dell'acquisizione del consenso, dichiaro di aver piena fiducia nelle scelte e nell'operato dei Sanitari e DELEGO il/ la sig./Sig.ra a ricevere la informazioni ed esprimere il consenso in mia vece.

Data Ora Firma Paziente

Firma Tutore/Amm. Sostegno

Firma Genitori (o Affidatari): Padre

Madre

Firma e timbro del Medico:

Si specifica che la rinuncia dell'informazione deve esser registrata sulla documentazione clinica (data e ora).