

<p>ASST Ovest Milanese</p> <p>Direzione Sanitaria Direzione Socio Sanitaria</p>	<p>DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALLA PRESA IN CARICO IN CURE PALLIATIVE - HOSPICE</p>	<p>MAC51 Rev0</p> <p>Aprile 2018 Pagina 1 di 1</p>
--	---	---

Le cure palliative rappresentano l'assistenza attiva e globale prestata al paziente quando la malattia non risponde più alle terapie aventi come scopo la guarigione e assume importanza primaria il controllo del dolore e degli altri sintomi, dei problemi psicologici, sociali e spirituali; sono perciò focalizzate sulla qualità della vita del malato.

Le cure palliative sono realizzate da un'équipe multidisciplinare (medici, infermieri, operatori socio-sanitari e assistenziali, assistente sociale, psicologa, assistente spirituale, volontari), coinvolgono sia il paziente sia la sua famiglia e rispondono alle necessità di cura con un'organizzazione in rete.

La funzione principale della rete è quella di accogliere, valutare il bisogno di cure palliative e individuare i percorsi di cura più adeguati in relazione allo sviluppo della malattia, garantendone l'assistenza in tutti i setting (ospedale, ambulatorio, hospice, domicilio) e la continuità.

Il servizio è a totale carico del Sistema Sanitario Regionale, senza nessun onere per l'utente e la sua famiglia.

CONSENSO ALLE CURE PALLIATIVE PER IL PAZIENTE

Io sottoscritto/a

dichiaro di aver ricevuto informazioni dettagliate ed esaustive sugli scopi e sul tipo di assistenza che viene offerta dai servizi.

Dichiaro, pertanto, di acconsentire alla presa in carico del servizio di Cure Palliative.

Data Firma del paziente

OVVERO

CONSENSO ALLE CURE PALLIATIVE PER IL FAMILIARE/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Io sottoscritto/a Residente a

in vian.....in qualità di (specificare il grado di parentela o titolo di tutela)

dichiaro di aver ricevuto informazioni dettagliate ed esaustive sugli scopi e sul tipo di assistenza che viene offerta dalle Cure Palliative.

Dichiaro, pertanto, di acconsentire alla presa in carico del servizio di Cure Palliative del/la sig./ra (paziente)

Data Firma

FORMULA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/La sottoscritto/a Nome.....Cognome.....acquistate le informazioni di cui l'art. 13 del Reg. UE 2016/679 acconsente al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati attinenti alla salute.

DATA ____/____/____ FIRMA _____