

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO ALLA TERAPIA INFUSIONALE ED
ENDOVENOSA DOMICILIARE

(da firmare a cura dell'interessato o di un suo familiare)

Io sottoscritto

Facente le veci di (nei casi in cui l'interessato non può firmare)

.....

Dichiaro:

- di essere stato informato in modo chiaro e a me comprensibile della necessità di effettuare la seguente terapia endovenosa o infusionale a domicilio dal medico prescrittore del seguente trattamento
- di conoscere le modalità di erogazione del servizio da parte del CAD. In particolare:
 - o Che l'infermiere – per infusioni della durata > 30 minuti – sarà presente solo durante tale periodo di tempo.
 - o Di essere disponibile a sorvegliare l'infusione se di durata > 30 minuti, e ad eseguire le manovre necessarie per la eventuale sostituzione dei flaconi e per il termine dell'infusione
 - o Che in ogni caso il trattamento avrà luogo soltanto se sarà evidente al personale la sua comprensione delle istruzioni ricevute dallo stesso.
 - o Che durante l'infusione il mio medico è rintracciabile telefonicamente.
- di essere a conoscenza del fatto che – eccezion fatta per alcune situazioni specifiche che mi verranno indicate, debbo provvedere io stesso a far trovare a casa i farmaci ed i presidi necessari al trattamento.
- Che sono stati a me indicati in modo chiaro ed inequivocabile i rischi connessi al trattamento secondo le modalità proposte.

PERTANTO, ACCONSENTO / NON ACCONSENTO AL TRATTAMENTO COME SOPRA SPECIFICATO.

DATA

FIRMA

.....