

NOTA INFORMATIVA E ATTO DI CONSENSO EX ART. 1 LEGGE 219/2017 PER PRESTAZIONE ORTOPROTESICA

Come è noto, l'art. 1 della [legge 22 dicembre 2017, n. 219](#), recante "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" stabilisce che "nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata": libertà di autodeterminazione la cui violazione assume rilevanza sotto il profilo deontologico, civilistico e penalistico.

Il/la Sottoscritto/a

<i>Nome e cognome persona assistita</i>	<i>Codice fiscale</i>	<i>Recapito telefonico</i>

ricoverato/a presso la seguente struttura

<i>Denominazione della struttura e città (altri riferimenti)</i>
--

dichiara di essere stato informato dal professionista sanitario Tecnico ortopedico:

<i>Nome e cognome del professionista Tecnico ortopedico</i>	<i>Numero iscrizione albo professionale</i>	<i>Ordine TSRM e PSTRP di</i>
<i>Recapito telefonico</i>	<i>Recapito di posta elettronica</i>	

Il quale professionista ha preso visione della seguente documentazione clinica:

Prescrizione dispositivo ortoprotesico (obbligatoria) SI

<i>prescrizione eseguita dal Dott:</i>	<i>in data:</i>
<i>Nome e cognome del Medico prescrittore</i>	<i>Data gg/mm/aaaa</i>

Visita con équipe multidisciplinare SI NO

Altra documentazione clinica SI NO

Indicare sommariamente l'ulteriore documentazione clinica visionata:

Referto RX Referto TC Referto RM Referto ecografico Altro

(da specificare)

fornendomi una informazione completa ed esauriente in merito alla mia situazione clinica e sul dispositivo medico prescritto nonché ulteriori osservazioni attinenti alla fornitura del dispositivo medico, modalità di applicazione, manutenzione e corretto utilizzo anche con riferimento alle necessarie sostituzioni o rinnovi del dispositivo stesso

(indicare denominazione dispositivo ex CND – [consulta qui categoria Y ausili per disabili](#))

Dati azienda ortoprotesica che fornirà il dispositivo

<i>Ragione sociale e indirizzo</i>	<i>Partita IVA/Codice fiscale</i>	<i>Recapito telefonico</i>

PRESTAZIONE ORTOPROTESICA EROGATA

Prestazione per : protesi ortesi ausili consulenza
Altro :

Visita con équipe multidisciplinare. SI NO

Sulla base dei riscontri oggettivi raccolti, sono stato informato dal Tecnico ortopedico della necessità di prescrizione di un nuovo dispositivo

All'atto dell'erogazione del dispositivo ortoprotesico sono presenti i seguenti professionisti sanitari

(Se oltre al Medico sono presenti altri professionisti sanitari, indicare quali)

Il/la Sottoscritto/a

Nome e cognome della persona assistita

confermo/a

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:

- sul mio stato di salute
- sulla prestazione ortoprotesica propostami
- sui benefici, le complicanze, i rischi, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi ad essa associati - sulle conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta
- sulle eventuali alternative diagnostiche/terapeutiche
- sulla composizione e ruoli dell'équipe di cura (incluso il personale non strutturato).
- sulla possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento.

Di conseguenza, io, Sottoscritto/a dichiaro di

ACCETTARE

NON ACCETTARE

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, l'atto sanitario proposto.

Luogo _____

data ____ / ____ / 20____

Firma della persona assistita

Firma del Tecnico ortopedico

L'atto di revoca consenso comporta di non aver effettuato la fornitura erogativa del dispositivo medico, qualora il dispositivo sia già stato utilizzato e non sia integro come da consegna la Ditta erogatrice può avere facoltà di applicare il ritiro con penale

Luogo data ____ / ____ / 20____

dichiaro di REVOCARE il consenso