

## CONSENSO INFORMATO ALL'UTILIZZO DI SPONDE DI PROTEZIONE

UNITÀ OPERATIVA .....

### CONSENSO INFORMATO ALL'UTILIZZO DI SPONDE DI PROTEZIONE

Io sottoscritto/a .....

In qualità di paziente ☐ tutore ☐

dichiaro di essere stato informato/a in modo dettagliato, comprensibile e completo, a seguito di colloquio personale con il Dr. ....

sulla necessità di posizionare le sponde di protezione per la concreta possibilità che in assenza di esse si possa verificare una caduta dal letto/barella; pertanto dichiaro di consentire espressamente che le sponde vengano posizionate nel letto/barella:

in data ...../...../..... ☐ entrambe le sponde ☐ una sponda

dalle ore ..... alle ore .....

Dichiaro di essere soddisfatto/a delle informazioni ricevute e che le stesse sono state da me effettivamente comprese. Dichiaro inoltre di avere ottenuto adeguate risposte ai chiarimenti richiesti.

Ai sensi della normativa vigente i dati personali e sensibili saranno conservati, custoditi e soggetti a segreto professionale, assieme alla restante documentazione clinica. Autorizzo il trattamento dei miei dati per l'espletamento degli adempimenti previsti dalle norme di legge.

Firma del paziente o del tutore .....

Firma del medico che ha informato .....

Data...../...../.....

☐ Si procede ad effettuare il posizionamento delle sponde di protezione al letto/barella, in stato di necessità, in quanto il paziente è impossibilitato ad esprimere il consenso, o in assenza dell'esercente tutorato legale.

Firma del Medico..... Data...../...../.....