Cognome _____ Nome _____ C.F. _____

Nato a _____ ( ) il _____

Residente in _____ via _____ n. _____

Domiciliato in _____ via _____ n. _____

(se diverso da residenza)

☐ In qualità di diretto interessato.
☐ In qualità di legale rappresentante (tutore, curatore, amministratore di sostegno) del/la Sig. /ra:

Cognome _____ Nome _____ C.F. _____

Nato a _____ ( ) il _____

Residente in _____ via _____ n. _____

Domiciliato in _____ via _____ n. _____

(se diverso da residenza)

Reso edotto e compiutamente informato sulla natura/caratteristiche/modalità/durata del progetto di follow up per

☐ Scompenso Cardiaco ☐ Malattia Renale Cronica ☐ Parkinson ☐ BPCO ☐ Diabete ☐ SLA

DICHIARO

la volontà all'arruolamento nel progetto stesso e alla realizzazione del presente accordo assistenziale , prevalentemente finalizzato a:

1. monitorare nel tempo la patologia sopra indicata;
2. definire obiettivi semplici e raggiungibili per adottare uno stile di vita equilibrato;
3. intervenire tempestivamente in caso ci fossero dubbi sulle terapie e/o sullo stile di vita/ dieta ecc.

DICHIARO

- di aver compreso di partecipare ad un modello organizzativo- già sperimentato, che prevede la presenza di un infermiere di famiglia e comunità (IFeC), a supporto della persona presa in carico e del suo caregiver, per una migliore gestione del problema di salute;
- di essere stato informato del diritto di ritirarmi dal programma in qualsiasi momento senza incorrere in alcun ostacolo e senza necessità di motivarne la decisione, scegliendo di essere curato senza aderire al programma, consapevole che ciò non comporta alcuna penalità, né influenzerà le cure mediche che mi saranno prestate, nè il rapporto con il mio Medico;
- di essere stato informato sui diritti e sui limiti di cui al D. lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- di aver compreso che tutte le informazioni e i dati che saranno raccolti su di me saranno tenute riservate e trattate in conformità al codice della Privacy, D. lgs. n. 196/2003, nonché alle norme dettate dai codici di deontologia medica ed infermieristica;
- di aver compreso che l'ASL AT è titolare dei dati raccolti durante lo svolgimento del progetto;

- di aver compreso che avranno accesso diretto, alla documentazione raccolta per il programma di cura-educazione e follow up esclusivamente il MMG, l'IFeC, il Medico Specialista, il Personale sanitario dell'ASL AT con funzioni di supervisione e coordinamento del programma;
- di aver compreso che le informazioni raccolte, in forma cartacea e su supporto informatico attraverso un software gestionale dedicato, potranno essere utilizzate e divulgate, in forma anonima, a scopi di tipo scientifico e statistico-epidemiologico;
- di aderire al programma avendo preso una decisione libera e volontaria.

SI DEFINISCE CHE:

L'Infermiere che la prenderà in carico è _____

e che La contatterà ogni _____

Il Suo Caregiver è *(Cognome e Nome)* _____

Data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Data _____

Firma Assistito _____

Firma Infermiere _____

Firma caregiver _____