



ASSOCIAZIONE ITALIANA ULCERE CUTANEE

Sezione Lazio

Gruppo di lavoro di Vulnologia Legale

Il paziente _____, alla presenza di _____

_____ in qualità di care-giver/tutore/coniuge/figlio/a¹ richiede e consente che il Dr. _____ da solo o in collaborazione con altri professionisti di Sua fiducia, prenda in cura la mia persona o la persona da me assistita o il/la mio/a familiare per la/e seguente/i patologia/e: _____

SOTTOSCRIVENDO LA PRESENTE, SI DICHIARA CHE

Si è a conoscenza che non esiste in Vulnologia (Wound Care o cura delle ferite difficili) un'unica terapia o trattamento, ma che spesso in tale ambito è necessario procedere a tentativi, influenzati da molteplici fattori. Mi è stata fornita una chiara informazione sulle varie linee guida ed opzioni terapeutiche presenti, nonché la possibilità di decidere con il medico curante quale adottare.

Le spiegazioni fornite sulla malattia oggetto del trattamento, sulle mie comorbidità, sulle procedure diagnostiche e terapeutiche che essa rende necessarie e sui possibili rischi ad esse connesse sono state chiare e comprensibili; sono inoltre a conoscenza di avere la facoltà e l'opportunità di chiedere a riguardo ulteriori informazioni in ogni momento, da ora fino alla mia dimissione e fino al termine della terapia.

Nel caso specifico, e in merito alla metodica propositami: **TERAPIA A PRESSIONE NEGATIVA CONTINUA, ALTERNATA, VARIABILE E/O INSTILL ALL'INTERNO DI UN TRATTAMENTO POLISPECIALISTICO O SU PRESCRIZIONE** sono ben chiari i motivi della scelta, l'indicazione, le possibilità terapeutiche (con particolare attenzione alla mancanza di garanzie di successo o alla eventualità di complicanze), i trattamenti alternativi (che si rifiutano), la possibilità di dover interrompere il trattamento in anticipo e/o di doverlo poter prolungare oltre il tempo concordato. Tale presidio, inoltre, necessita di terapie complementari ed integrative non prevedibili a priori, non quantificabili dal punto di vista economico e che possono essere modificate in corso di cura, del cui acquisto si dà disponibilità, qualora non fossero dispensabili gratuitamente. Dichiaro di aver compreso totalmente le principali complicanze pericolose sia per la vita che per la salute, ovvero emorragie, anemia, iponchìa (perdita di proteine) e/o ipoalbuminemia, ipovolemia, episodi ipotensivi, sincopi e/o presincopi, setticemie, infezioni localizzate, necrosi e/o macerazione locale e reazioni allergiche.

Mi è stato chiaramente spiegato che l'insorgenza di complicanze può rendere necessario anche un ricovero ed eventuali modifiche al piano terapeutico, comprese emotrasfusioni ed interventi chirurgici e, per i pazienti che opereranno per un regime privato, spese mediche non prevedibili.

Il trattamento, seppur indicato e correttamente applicato con ogni presidio di supporto può anche portare ad un peggioramento della ferita o ad una mancata guarigione, mentre, in caso di successo e di completa cicatrizzazione, non esclude recidive.

¹ In caso di sottoscrizione della presente da parte di un solo parente di paziente clinicamente non idoneo a prestare un idoneo consenso, il sottoscrittore si assume la responsabilità di farlo in pieno e totale accordo degli altri aventi diritto, ricadendo su questi l'obbligo di trasmettere ogni notizia o comunicazione in merito al trattamento. Ogni mancata/incompleta o errata informazione sanitaria non sarà imputabile allo specialista, il quale è comunque disponibile a collaborare in tal senso.

Eventuali infezioni della ferita non sono prevedibili, così come peggioramenti e/o patologie neoplastiche anche a distanza di anni. Il Dr. _____ ed i Suoi collaboratori si sono resi disponibili anche ad un follow-up a distanza e la richiesta ed adesione sarà cura del/della sottoscrittore/sottoscrittrice.

In caso di rapporto privato, si è consapevoli che ogni visita, accertamento o terapia/trattamento sarà a titolo oneroso.

ACCETTAZIONE DELLA MANCANZA DI GARANZIE SUL RISULTATO E DELLA POSSIBILITA' DI FALLIMENTO O PEGGIORAMENTO

Sottoscrivendo la presente, si dichiara di aver chiaramente capito che il risultato clinico non può essere garantito a priori, nemmeno parzialmente e che è possibile anche un peggioramento o un decesso del/della paziente durante le cure ed anche a causa di complicanze correlate alla metodica propostami.

E' quindi completamente chiara l'assunzione di un impegno da parte del professionista ad applicare in scienza e coscienza una metodica che questi ritiene la migliore per la situazione clinica, con una garanzia esclusivamente relativa ai mezzi ed ai materiali.

In caso di rapporto privatistico, si specifica che non è prevista alcuna forma di rimborso spese in caso di mancato risultato, aggravamento o qualsiasi altra complicanza dovesse insorgere, casusata direttamente o indirettamente dalla terapia a pressione negativa, o altre cure complementari e/o sistemiche.

In caso di successo, è stato ben spiegato e capito che sono possibili recidive non prevedibili né modificabili (nell'insorgenza o nella gravità) a priori.

PRESTAZIONI ESCLUSE DALLA COLLABORAZIONE

La sottoscrizione di tale foglio equivale ad una dichiarazione che non sono implicite, garantite o anche promesse per il paziente le seguenti prestazioni:

- aver diritto a luoghi di ricovero
- liste di accesso prioritarie a strutture/prestazioni sanitarie
- gratuità di ogni materiale necessario
- cure igieniche
- trattamenti complementari gratuiti
- in caso di rapporto privato, modifiche all'iniziale preventivo di spese

CONSENSO ALL'APPLICAZIONE DEL PROGRAMMA DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO

Sottoscrivendo la presente, si dichiara inoltre che il programma terapeutico iniziale e le principali possibili modifiche mi sono stati chiaramente spiegati in ogni loro parte ed in ogni loro aspetto dal Dr. _____ e/o dai suoi collaboratori e che non vi è alcun dubbio riguardo ad esso.

E' altresì ben chiaro che tale programma può essere modificato ad ogni rivalutazione del paziente e che di tali cambi si avrà costante e pronta informazione. Per semplificare le procedure, si dà consenso ad ogni modifica del piano terapeutico a priori, ben consapevole che può essere revocato in ogni momento e previa informazione verbale. In tal caso si esenta il professionista o ogni Suo collaboratore dal dover far sottoscrivere ulteriori consensi finché sarà in atto la pressione negativa anche su una sola lesione di plurime, queste ultime trattate in maniera indipendente.

Si dà quindi il consenso a tale programma complessivo ed integrato, di cui la pressione negativa può essere solo parte o all'esecuzione della procedura su indicazione specialistica.

IMPEGNO DI INFORMAZIONE

Si accetta l'obbligo di informare completamente e correttamente sulle proprie condizioni di salute, sulle terapie prescritte e su ogni modifica delle stesse.

Firmando la presente, si prende un chiaro e vincolante impegno ad informare esaustivamente e prontamente esclusivamente a voce il Dr. _____ di ogni altra consulenza (anche senza la partecipazione fisica del paziente), trattamento o intervento prima della Sua esecuzione o anche della semplice ricerca in tal senso. In caso di trattamento in urgenza, l'informazione deve avvenire entro le 24 ore dall'inizio della stessa ed essere continuativa nel tempo, fino alla risoluzione.

Tale impegno vale anche per ogni novità inerente la patologia in trattamento o le condizioni generali di salute del paziente.

In caso di mancato rispetto del presente punto, ogni responsabilità del professionista decadrà.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Sottoscrivendo la presente, si autorizza il trattamento dei dati personali anche sensibili da parte del Dr. _____ (il quale si assume la responsabilità di essi per i trattamenti di propria competenza) e/o Suoi collaboratori in ogni forma che riterranno utile alla cura della/e lesione/i, anche mediante applicazioni di messaggistica istantanea con o senza protezione dei dati o con tutela del dato non garantita (WhatsApp, Telegram o simili), anche in violazione della normativa vigente nazionale ed europea, con esplicito riferimento al GDPR, sua conversione in legge e successive modifiche e/o integrazioni, purché tali atti siano sempre con finalità di cura.

Estendo la mia esplicita autorizzazione anche al trattamento dei dati personali e sanitari nelle modalità sopra elencate anche per attività didattiche, divulgative e/o giudiziarie. Autorizzo altresì la pubblicità su social networks (Instagram, Facebook o simili) solo per finalità didattiche, di promozione della salute/informazione sociale, forum di discussione o alla risoluzione del mio caso clinico.

Si autorizza l'utilizzo del caso clinico (storia clinica, terapie, eccetera...), delle immagini o di filmati a scopo didattico, sociale ed educativo.

Si autorizza l'informazione sanitaria in merito alle condizioni di salute, al trattamento, alla prognosi o ad ogni dato sanitario alle seguenti figure:

- aventi diritto dal punto di vista giuridico
- familiari
- parenti di ogni ordine e grado
- amici, autorizzati da una delle categorie di cui sopra
- care-givers
- _____

Sono consapevole che tale autorizzazione può essere revocata in parte o in tutto in qualsiasi momento.

Roma, _____

L'interessato diretto, familiare o tutore

Il sanitario informatore