

Dichiarazione di Consenso Informato Cure Palliative con ricovero in Hospice

Le Cure Palliative sono l'assistenza, attiva e globale, prestata al paziente quando la malattia non risponde più ai trattamenti specifici; sono l'insieme degli interventi, terapeutici e assistenziali, per il controllo del dolore e degli altri sintomi clinici nonché dei problemi psicologici, sociali e spirituali; sono rivolte alla persona ammalata e al suo nucleo familiare e sono focalizzate sulla qualità della vita del malato, considerando il morire un processo naturale.

Le cure palliative sono realizzate da una équipe multidisciplinare (medici, infermieri operatori socio-sanitari, assistenti sociali, psicologi, nutrizionisti, assistenti spirituali, volontari) specificamente formata.

L'Hospice è una struttura residenziale con camere singole, dotate di poltrona letto per il pernottamento di un accompagnatore; è un luogo adatto a realizzare le cure palliative quando, per scelta del paziente, per motivi clinici o per condizioni abitative e familiari, non è praticabile (anche solo temporaneamente) l'assistenza continua a domicilio. Le caratteristiche strutturali ed organizzative (garanzia di privacy e presenza di ampi spazi comuni, accessibilità di parenti ed amici tutti giorni in ampie fasce orarie, possibilità di preparare o riscaldare piccoli pasti in loco, estrema flessibilità e personalizzazione delle cure) creano un ambiente tranquillo e confortevole un ambiente tranquillo e confortevole che favorisce il mantenimento delle relazioni sociali e parentali in un clima familiare.

L'Hospice, al contrario dell'Ospedale, è un luogo di cura non di diagnosi; i trattamenti sono finalizzati al controllo dei sintomi non alla guarigione dalla malattia.

CONSENSO INFORMATO PER IL PAZIENTE

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di aver ricevuto informazioni dettagliate ed esaustive ed aver compreso gli scopi ed il tipo di assistenza che viene offerta presso l'Hospice.

Dichiaro, pertanto, di consentire espressamente al mio ricovero presso l'Hospice.

data _____

firma del paziente _____

CONSENSO INFORMATO PER FAMILIARE CAREGIVER/TUTORE

*Io sottoscritto/a _____ residente a _____ in qualità di grado
ti parentela o titolo di tutela _____ dichiaro di aver
ricevuto informazioni dettagliate ed esaustive ed aver compreso gli scopi ed il tipo di assistenza che
viene offerta presso l'Hospice.*



Dichiaro, pertanto, di consentire espressamente il ricovero presso L' Hospice del paziente

data _____

firma _____