



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEI FAMILIARI DI PAZIENTI CRITICI IN U.O. NO-COVID-19

SEZIONE INFORMATIVA

L'accesso all'Unità Operativa NO-COVID-19 da parte di un familiare/caregiver/persona di fiducia può avvenire soltanto in situazioni eccezionali, previa autorizzazione del responsabile medico dell'Unità Operativa dietro valutazione e richiesta del medico dell'Unità Operativa e per un lasso di tempo di norma non superiore a 15 minuti.

L'accesso è limitato ad un solo visitatore che non sia sottoposto a misura di quarantena/isolamento, non presenti sintomatologia sospetta per COVID-19, non rientri nelle condizioni di fragilità così come individuate in relazione alle disposizioni contenute nell'art. 26, della Legge n. 27, del 24/04/2020 * e più in generale non sia affetto da patologie che possano esporlo a maggior rischio di infezione da SARS-CoV-2 e di sviluppare una forma grave di COVID-19 e che sia preferibilmente individuato dallo stesso paziente o, se non possibile, dal familiare autorizzato in cartella clinica a ricevere informazioni.

Il familiare/caregiver/persona di fiducia autorizzato deve scrupolosamente seguire le indicazioni che verranno fornite dal personale presente; in particolare l'accesso deve avvenire rispettando specifiche procedure di vestizione e svestizione che verranno illustrate dal personale dell'Unità Operativa (medico/infermiere) che aiuterà nel metterle in atto.

Si specifica che talora siano autorizzati più accessi all'Unità Operativa NO-COVID-19 per il medesimo paziente, è opportuno che venga individuato un unico familiare/caregiver/persona di fiducia per tutta la durata della degenza.

* Condizioni di fragilità associate a maggiore suscettibilità di infezione sono: immunodepressione e/o immunodeficienza congenita o acquisita e patologie che richiedono terapie immunosoppressive; Patologie oncologiche (tumori maligni) attive negli ultimi 5 anni; Patologie cardiache (ischemie e coronaropatie, ipertensione arteriosa grave scompensata, insufficienza cardiaca, gravi aritmie, portatori di dispositivi tipo pacemaker e defibrillatori); Patologie broncopolmonari croniche (BPCO, asma grave, cuore polmonare cronico, enfisema, fibrosi, bronchiectasie, sarcoidosi, embolia polmonare); Diabete mellito insulinodipendente (specie se scompensato); Insufficienza renale cronica; Insufficienza surrenale cronica; Malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie (aplasie midollari, gravi anemie); Malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale; Reumatoartropatie sistemiche (artrite reumatoide, LES, collagenopatie e connettiviti sistemiche croniche); Epatopatia cronica grave (cirrosi epatica). Da segnalare che anche la gravidanza è considerata da molti come una condizione di ipersuscettibilità al contagio.

Quali possono essere i rischi e le complicanze

Nonostante la scrupolosa applicazione delle procedure di protezione e delle misure di prevenzione, il rischio di contrarre l'infezione da SARS-CoV-2 non può essere completamente annullato e sarà maggiore nel caso in cui non vengano seguite le istruzioni fornite dal personale.

SEZIONE ANAGRAFICA E CONSENSO PER VISITATORE

Io sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____

nato/a a _____ il ___/___/___

residente a _____

telefono di riferimento _____

familiare/caregiver/persona paziente di fiducia di (nome e cognome paziente)

DICHIARO DI

essere stato informato da (nome e cognome e qualifica dell'operatore medico/infermiere):

aver letto la sezione informativa

di non essere sottoposto a misura di quarantena/isolamento

di non presentare sintomatologia sospetta per COVID-19

aver avuto l'opportunità di richiedere ulteriori informazioni

aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite in merito al corretto comportamento da tenere sia durante le manovre di vestizione e svestizione, sia durante la permanenza nell'Unità Operativa (permanenza di norma non superiore a 15 minuti)

essere stato/a informato/a dei rischi a cui mi espongo entrando in un'area NO-COVID-19

di non rientrare nelle condizioni di fragilità, così come descritte nell'informativa

di aver completato il ciclo vaccinale/essere guarito da infezione da SARS-COV-2

pertanto, consapevole che, nonostante il rispetto di tutte le procedure e le precauzioni che la Casa di Cura sta adottando, il mio accesso non può essere totalmente esente da rischi da contagio da SARS-CoV-2,

RICHIEDO

di entrare nell'Unità Operativa NO-COVID-19 di _____

Data ___/___/___ Firma del familiare/caregiver/persona di fiducia _____

Altri eventuali operatori presenti all'acquisizione del consenso informato:

Nome e cognome _____

Data ___/___/___ Firma dell'operatore (medico/infermiere) _____