

 Ospedale San Camillo - Trento		CONSENSO RICOVERO IN CORSO DI PANDEMIA COVID 19	
CODICE	MOAQ_657	Cognome _____	Data nascita ____ / ____ / ____
REVISIONE	0		
DATA	20/04/2020	Nome _____	
PAGINA	1 di 1		

Il/la sottoscritto/a _____ letto l'informativa "ricoveri in corso di pandemia COVID19" (MOAQ_656) e ottenute adeguate spiegazioni da parte del/la dr./ssa _____ (*) sul rapporto rischio/beneficio intervento/possibile infezione da COVID19 basato su:

- "necessità" intervento proposto
- rischi legati alla non esecuzione dello stesso
- rischio contaminazione da COVID19, alla luce delle procedure preventive adottate dalla struttura

CHIEDE

di essere sottoposto/a a tale procedura (come da consenso informato per l'atto chirurgico) nei tempi concordati.

DICHIARA

- di essere consapevole dell'importanza di comunicare qualsiasi variazione del proprio stato di salute per escludere malattie trasmissibili in atto
- di essere consapevole che, nonostante le procedure e le dovute norme igienico sanitarie adottate dal personale di assistenza, non può essere escluso il rischio di infezione da Coronavirus COVID19.
- di aver compreso l'importanza dei controlli telefonici ed ambulatoriali postoperatori e di impegnarsi a contattare il personale del reparto in caso di qualsiasi aggravamento delle proprie condizioni di salute almeno fino a 14 giorni dalla dimissione.
- di aver compreso l'importanza di ridurre i contatti con altre persone sia nei giorni precedenti il ricovero che fino a 14 giorni dalla dimissione
- (eventuali osservazioni / indicazioni) _____

Trento, ____ / ____ / ____

In fede _____

Consenso sottoscritto in presenza del/la dr./ssa (*) _____

firma _____