

PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE (Legge 219 del 22/12/2017, art. 5)

Io sottoscritta/o
nata/o a(prov. di) il .../.../.....,
residente a in via, n.

Io sottoscritta/o
nata/o a(prov. di) il .../.../.....,
residente a in via, n.

genitori di

.....
nata/o a(prov. di) il .../.../.....,
residente a in via, n.

informata/o/i dalla/dal dott.ssa/dott. della malattia da cui è affetta/o mio figlio/a e della sua (ragionevole) evoluzione in termini di tempo e della qualità di vita, esprimiamo e sottoscriviamo, con il presente documento, il nostro consenso al piano di cura formulato dall'equipe curante e condiviso con noi (vedi Piano di Cura allegato)

Siamo stati informati che in base all'art. 5, comma 1 della legge 219 del 22 dicembre 2017 questa pianificazione condivisa delle cure verrà inserita nella cartella clinica di mio figlio/a.

Il presente documento sarà inserito inoltre nell'apposita banca dati dell'Azienda provinciale per i Servizi Sanitari di Trento. Il medico e l'equipe sanitaria sono tenuti a rispettarne le indicazioni anche qualora non si tratti delle stesse persone che hanno partecipato alla compilazione.

La presente pianificazione condivisa può essere tuttavia modificata in base all'evolversi della malattia, su nostra richiesta o su suggerimento dell'equipe, sempre e soltanto con il nostro consenso scritto o documentato in base ai criteri della suddetta legge 219, art. 5, comma 4.

Noi sottoscritti dichiariamo, in particolare:

- di aver ricevuto dall'equipe curante un'informazione chiara ed esauriente sull'evoluzione della malattia, sulle diverse opzioni di cura che il progresso medico ha al momento disponibili e sugli effetti (benefici e rischi) delle stesse;
- di aver razionalmente compreso le informazioni che ci sono state date;
- di aver avuto il tempo per poter serenamente riflettere sulle possibili scelte di cura che sono state prospettate;
- di aver avuto la possibilità di esprimere, di discutere e di fugare i dubbi con l'equipe curante;
- di aver redatto questo documento in modo libero e consapevole;
- di essere stato rassicurato dall'equipe curante che le nostre decisioni mai potranno essere motivo di emarginazione o di abbandono assistenziale per nostro figlio/a.

Inoltre dichiariamo che, in base all'art.3, comma 1 e comma 2 , nostra/o figlio/a ha ricevuto informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa/o nelle condizioni di esprimere la sua volontà e avendo come scopo la tutela della sua salute psicofisica e della sua vita nel pieno rispetto della sua dignità.

Luogo e data,

Firma dei genitori

Firma del minore

Firma del medico