



## Allegato N.7

### CONSENSO INFORMATO ALL'UTILIZZO DI SPONDE DI PROTEZIONE

**U.O di** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

dichiaro di essere informato/a in modo dettagliato, comprensibile e completo, nel corso di un colloquio personale con il Dr./Prof. \_\_\_\_\_

sulla necessità che vengano posizionate le sponde al letto, l'esigenza di ricorrere all'uso di sponde è dovuta alla concreta possibilità che in assenza di esse il paziente possa cadere dal letto.

Dichiaro, pertanto, di ci consentire espressamente che vengano posizionate al mio letto:

in data \_\_\_\_\_, entrambe le sponde/una sponda, dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere soddisfatto delle informazioni ricevute e che le stesso sono state da me effettivamente comprese. Dichiaro inoltre di avere ottenuto adeguate risposte ai chiarimenti richiesti.

(Ai sensi dell' Art. 13 del D.lgs n. 195/03 e successive modificazioni e integrazioni, la informiamo che i suoi dati personali e sensibili saranno conservati, custoditi e sottoposti a segreto professionale in archivio, cartaceo o elettronico presso il servizio per uso clinico).

Autorizzo il trattamento dei miei dati per l'espletamento degli adempimenti previsti alle norme di legge.

Firma del paziente / tutore \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_