

CONSENSO INFORMATO ALLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E
TERAPEUTICHE PROPOSTE DALLA UNITÀ VALUTATIVA
ALZHEIMER DELLA ASL RM E ALLA CONSERVAZIONE E
TRASMISSIONE DEI DATI SENSIBILI RIGUARDANTI IL PAZIENTE

Il/la sottoscritto/a _____,
apprese le informazioni relative alla diagnosi e alla terapia dei disturbi cognitivi e/o
psico-comportamentali da cui potrei essere affetto e le informazioni riguardanti la
gestione dei dati sensibili che mi riguardano, secondo la legge 675/96 e il successivo
D. Lgs. 196/2003, e dopo essere stato informato dal _____

Dr. _____,
alla presenza del mio familiare e caregiver di fiducia
Sig. _____ (parentela: _____).

sia dei benefici sia dei possibili effetti collaterali delle indagini e terapie
prescritte per il mio caso, sia del trattamento dei dati clinici e personali raccolti
presso questa UVA

Accosento sia a quanto prescritto nella relazione medica e nel Piano Terapeutico
Regionale consegnatomi a fine visita, sia al trattamento dei miei dati personali per le
finalità di archiviazione dei pazienti visitati e trasmissione dei dati medesimi al
Ministero della Sanità e alla Regione Lazio per finalità epidemiologiche.

Firma del paziente _____

Firma del familiare-caregiver _____

Oppure

Non acconsento alle indagini diagnostiche e alle terapie proposte:

Firma del paziente _____

Firma del familiare-caregiver _____

Oppure

Il paziente, per le sue condizioni cognitive e psicocomportamentali, non è in grado di
comprendere appieno le informazioni di cui sopra fornite dal medico e si ritiene
valido il consenso informato dell'accompagnatore

Sig. _____ parentela _____

Firma _____

LE