

**INFORMATIVA, PRESA VISIONE E ACCETTAZIONE SERVIZIO DI TELEMONITORAGGIO DI LIVELLO 1 E
TELEASSISTENZA****IN CASO DI SOGGETTO GIURIDICAMENTE CAPACE****DATI IDENTIFICATIVI**

Nome _____ e Cognome _____
Nata/o a _____ il __/__/__
Residente/domiciliato a _____ (____)
Via/Piazza/Largo _____ n. _____
Identificata/o tramite _____ n. _____ rilasciato da _____ il __/__/__
Recapito telefonico _____ e-mail _____

IN CASO DI SOGGETTO GIURIDICAMENTE INCAPACE**DATI IDENTIFICATIVI DEL RAPPRESENTANTE/I LEGALE/I**

Nome _____ e Cognome _____
Nata/o a _____ il __/__/__
Residente/domiciliato a _____ (____)
Via/Piazza/Largo _____ n. _____
Identificata/o tramite _____ n. _____ rilasciato da _____ il __/__/__
Recapito telefonico _____ e-mail _____

IN QUALITÀ DI

- ☐ Tutore legale (n. decreto: _____)
☐ Curatore speciale (n. decreto: _____)
☐ Amministratore di sostegno con poteri di ASSISTENZA in ambito sanitario (n. decreto: _____)
☐ Amministratore di sostegno con poteri di RAPPRESENTANZA ESCLUSIVA in ambito sanitario (n. decreto: _____)

IN RAPPRESENTANZA DI:

Nome e Cognome della/del paziente _____
Nata/o a _____ il __/__/__
Residente/domiciliato a _____ (____)
Via/Piazza/Largo _____ n. _____
Identificata/o tramite _____ n. _____ rilasciato da _____ il __/__/__

Impossibilitato a rispondere:

NO

SI (Specificare il motivo): _____

SI DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE

- durante le attività di Telemonitoraggio di livello 1/Teleassistenza potrà misurare i parametri di salute attraverso device forniti dalla Asl Roma 3 o personali e compilare questionari di valutazione direttamente nella app o mediante supporto telefonico degli infermieri/tecnici del Servizio;
- durante il percorso in Telemonitoraggio di livello 1/Teleassistenza potranno essere richiesti una televisita di controllo ovvero ulteriori accertamenti;
- è importante la comunicazione agli infermieri e medici di notizie relative all'anamnesi e ai farmaci assunti abitualmente.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTROLLO DEI DATI CLINICI:

- I dati inviati tramite app o mediante supporto telefonico degli infermieri/tecnici del Servizio verranno revisionati dagli stessi **entro 48 ore dalla trasmissione, nei giorni feriali, dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 14, esclusi eventuali festivi infrasettimanali;**
- Secondo un protocollo operativo condiviso nella relativa Procedura Aziendale, in caso di problemi rilevanti emersi dalla revisione delle trasmissioni, Lei verrà contattato telefonicamente entro le successive 48-72 ore di giorno lavorativo, come al punto precedente, a seconda che non sia o sia necessario anche il contatto col referente medico; in tal caso, potrebbe essere necessario programmare una televisita o effettuare una visita in presenza, secondo le modalità che Le verranno comunicate;
- In assenza di particolari problematiche tecniche o cliniche, Lei non verrà contattato;
- In ogni caso, al termine del percorso di telemonitoraggio/teleassistenza, verrà condiviso sul suo Fascicolo Sanitario Elettronico la relazione del percorso;
- È molto importante che Lei comunichi eventuali variazioni dei Suoi recapiti telefonici all'ambulatorio e comunichi il Suo indirizzo di posta elettronica.

ALTRE IMPORTANTI INFORMAZIONI

Con il percorso di Telemonitoraggio di livello 1/Teleassistenza non possono essere valutati tutti gli aspetti della malattia (ad esempio un dolore al petto), così come non può essere rilevato l'evento exitus (decesso).

Il medico utilizzerà le informazioni ottenute esclusivamente come supporto alla terapia medica della patologia oggetto di osservazione, per migliorare la gestione clinica del suo caso.

Emergenza

I tempi di reazione agli eventi (pur brevi) non consentiranno comunque mai una risposta in tempo reale. La copertura della rete GSM, la fruibilità della linea telefonica analogica, i tempi di elaborazione della Centrale di Telemedicina e di trasmissione degli allarmi, unitamente alla disponibilità della rete internet rappresentano i punti nodali che possono rallentare la risposta.

Il servizio di Telemonitoraggio di livello 1/Teleassistenza non sostituisce il sistema di emergenza N° 112 al quale Lei deve rivolgersi in caso di emergenza sanitaria. In questi casi NON UTILIZZI APP E DISPOSITIVI: la trasmissione dei dati NON È UN SISTEMA SALVAVITA e non sostituisce una visita del medico in caso di situazioni di emergenza.

Orari del Servizio

Il servizio è attivo nei **giorni feriali, dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 14, esclusi eventuali festivi infrasettimanali.**

Domande

Per qualunque domanda sul contenuto di questa informativa e qualunque informazione sul servizio di telemonitoraggio/teleassistenza, faccia riferimento ai contatti presenti sulla Brochure informativa che Le è stata consegnata all'arruolamento.

Si dichiara inoltre di aver compreso le informazioni che sono state date e di aver ricevuto informazioni in merito alla possibilità di rivolgere, in ogni momento, ulteriori domande di chiarimento al personale sanitario referente, come pure di ricevere comunicazioni tempestive di eventuali variazioni del programma diagnostico routinario.

In qualsiasi momento, in quanto avente diritto, si potrà decidere di interrompere il programma diagnostico proposto, senza pregiudicare il rapporto con l'equipe di assistenza.

TUTTO CIÒ PREMESSO

☐ **SI PRENDE VISIONE E SI ACCETTANO LIBERAMENTE, SPONTANEAMENTE E IN PIENA COSCIENZA, PRESO ATTO DELLA SITUAZIONE ILLUSTRATA, LE INDICAZIONI SOPRA DETTE.**

☐ **NON SI ACCETTANO, CONSAPEVOLMENTE, LE INDICAZIONI SOPRA DETTE.**

Firma della persona assistita _____

Firma del Rappresentante legale _____
(Affidatario/Tutore legale/Curatore speciale/Amministratore di sostegno)

Firma degli operatori sanitari presenti _____

Data e Ora _____

**NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA
A FIRMARE
DATI IDENTIFICATIVI DI DUE TESTIMONI**

Nome _____ e Cognome _____
Nata/o a _____ il __/__/__
Residente/domiciliato a _____ (____)
Via/Piazza/Largo _____ n. _____
Identificata/o tramite _____ n. _____ rilasciato da _____ il __/__/__
Recapito telefonico _____ e-mail _____
Firma (Testimone 1) _____

Nome _____ e Cognome _____
Nata/o a _____ il __/__/__
Residente/domiciliato a _____ (____)
Via/Piazza/Largo _____ n. _____
Identificata/o tramite _____ n. _____ rilasciato da _____ il __/__/__
Recapito telefonico _____ e-mail _____
Firma (Testimone 2) _____

Data e Ora _____.

**PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)
DATI IDENTIFICATIVI**

Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dall'avente diritto/suo rappresentante legale e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.

Nome _____ e Cognome _____
Nata/o a _____ il __/__/__
Residente/domiciliato a _____ (____)
Via/Piazza/Largo _____ n. _____
Identificata/o tramite _____ n. _____ rilasciato da _____ il __/__/__
Recapito telefonico _____ e-mail _____
Firma _____

Data e Ora _____