

CONSENSO
alla Valutazione dell'Unità Valutativa Multidisciplinare – U.V.M.

Premesso che:

- l'U.V.M. valuta i bisogni sanitari e sociosanitari della persona interessata; accerta lo stato di bisogno e il grado di non autosufficienza della persona attraverso un'attenta valutazione della documentazione sanitaria, cognitiva-funzionale e sociale fornita da personale medico, infermieristico e assistenti sociali;
- l'U.V.M. definisce le necessità socio-sanitarie della persona ed individua il progetto assistenziale di intervento;
- il progetto assistenziale di intervento, che tiene conto della disponibilità delle rete familiare, dei bisogni sanitari e assistenziali dell'utente e delle risorse disponibili, può concretizzarsi in:
 - attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)
 - accesso alle Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.).

Il/la sottoscritto/a (*) _____ nato/a il _____

a _____ (____) residente a _____

in via _____ telefono _____

dichiara di essere stato/a informato/a in maniera chiara, completa e comprensibile di quanto sopra riportato e a tal fine:

- esprime il consenso ad essere sottoposto/a alla valutazione da parte dell'U.V.M.
- esprime, in qualità di (*specificare*) _____, il consenso alla valutazione U.V.M. del:

sig./ra _____ nato/a il _____

residente a _____ in via _____

Ai sensi del Dlgs 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", l'Unità Valutativa Multidisciplinare ed il servizio di assistenza sanitaria domiciliare sono con la presente autorizzati al trattamento/comunicazione dei dati in loro possesso, come specificato nella nota informativa allegata.

Firma

Data _____

(*) "Il/la sottoscritto/a" deve essere la stessa persona che esprime il consenso e che firma il presente modulo