

Reparto di Chirurgia Plastica

Direttore: Dott. Cesare Cristofoli

NOTE INFORMATIVE E CONSENSO INFORMATO RISCHIO COVID-19

Gent. Sig.ra/Egr. Sig. _____
nella prospettiva dei trattamenti a cui Lei sarà sottoposta/o, desideriamo richiamare la Sua attenzione su alcuni aspetti delle infezioni correlate all'assistenza (le c.d. "infezioni ospedaliere").

Esse sono complicanze dell'assistenza sanitaria in genere, conseguenti alla semplice permanenza in ospedale, a contatto con molteplici agenti infettivi.

È importante che Lei sappia che, nonostante la continua e assidua sorveglianza e la corretta prassi assistenziale, **l'incidenza di queste patologie non può essere del tutto eliminata**; ciò significa che esiste una quota "insopprimibile" di infezioni, correlata direttamente o indirettamente alla degenza presso una struttura sanitaria.

A questo proposito La invitiamo a considerare con particolare attenzione il pericolo di contagio da coronavirus (SARS-COV-2). Si tratta, come è noto, di un agente infettivo altamente aggressivo per il quale non esistono allo stato attuale vaccini né cure specifiche; ogni paziente deve pertanto essere ben consapevole che il ricovero stesso lo esporrà a tale rischio non prevenibile né evitabile.

All'interno della Struttura sono state prese e si prendono misure atte a ridurre al minimo il rischio di trasmissione, senza pur tuttavia essere certi di eliminarlo del tutto..

Si fa presente anche che in caso di insorgenza di sintomi quali **febbre, tosse e difficoltà respiratoria**, il paziente non potrà essere seguito presso l'ambulatorio ortopedico, ma dovrà fare riferimento al medico di base.

Se Lei ha ben compreso le informazioni, Le chiediamo di sottoscrivere "per presa visione" questo foglio, confermando così la Sua consapevolezza del rischio di "infezioni correlate all'assistenza", con particolare riguardo all'infezione da SARS-CoV-2.

Io sottoscritta/o _____ nata/o a _____ il _____

DICHIARO

di essere stato informato del rischio di contrarre un'infezione, con particolare **riguardo** a quella da SARS-CoV-2 in occasione del mio ricovero presso l'IRCCS Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria e di aver avuto la possibilità di discutere con i sanitari degli eventuali ulteriori rischi a cui sono esposto.

Dichiaro inoltre di **non essere sottoposto** alla misura della quarantena, di **non essere risultato positivo** al COVID-19 e di non presentare al momento alcun sintomo quale febbre tosse e difficoltà respiratoria.

Firma del Paziente _____

Firma del Medico _____

Data _____

* Si fa presente che l'accesso in ospedale prevede obbligatoriamente l'utilizzo di mascherine chirurgiche.