



*Comune di Garbagnate Milanese*  
*Assessorato alle Politiche Sociali*  
**Centro Polifunzionale Ca' del dì**

## **CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritta/o .....  
.....

nata/o a ..... il  
.....

Residente .....

### **DICHIARO**

Di essere stato informato da .....

sulla natura e sulle caratteristiche del programma socio sanitario del CDI Cà del dì e che può prevedere:

- Somministrazione di terapie farmacologiche prescritte dal MMG ;
- Altri possibili interventi sanitari (medicazioni, controllo glicemia, terapia insulinica, terapia intramuscolare, etc...) secondo le necessità specifiche che si manifesteranno;
- Visite mediche del geriatra del CDI con rimando al MMG di suggerimenti per percorsi diagnostici e terapeutici;
- Fisioterapia, trattamenti;
- Monitoraggio delle condizioni cliniche con l'ausilio di strumenti non invasivi (controllo parametri vitali, pressione, polso, respiro);
- Prestazioni assistenziali (igiene della persona ecc. );
- Prestazioni educative, di animazione e socializzanti, artistiche, occupazionali.

Di essere stata/o informata/o di poter comunque rifiutare qualsiasi trattamento proposto e di poter interrompere l'assistenza in

qualsiasi momento senza obbligo da parte mia di motivare la decisione e senza che questo comporti alcuna perdita della possibilità di continuare ad essere seguito e curato nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale:

- di essere a conoscenza che, anche nel caso dell'assistenza sanitaria prestata dal CDI, come accade in tutte le discipline sanitarie, i trattamenti non sono esenti da possibili complicazioni, anche se attuati con perizia, diligenza e prudenza;
- di acconsentire al **trattamento dei miei dati sanitari** da parte del CDI cCà del dì che ho liberamente scelto

### ACCETTO

L'attivazione dell'assistenza socio sanitaria del CDI Cà del dì secondo il programma a me illustrato

Garbagnate Mil.se li .....

Firma dell'interessata/o .....  
.....

Operatore che ha fornito l'informazione e ricevuto il consenso

.....

•  
(nome e cognome in stampatello e qualifica)

.....

(firma)



**Centro Diurno Integrato per Anziani**  
**Via Bolzano, 22 Garbagnate Milanese Tel: 02 78618601**  
**e-mail: [cadeldi@comune.garbagnate-milanese.mi.it](mailto:cadeldi@comune.garbagnate-milanese.mi.it)**