

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE		DRQ015-O-002	
	MODULO MEDICO CONSENSO CONTENZIONE		<table border="1"> <tr> <td>Rev. 00 del 01/02/16</td> <td>Pag. 1 di 1</td> </tr> </table>	Rev. 00 del 01/02/16
Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 1 di 1			

CONSENSO INFORMATO ALL'USO DELLO STRUMENTO DI PROTEZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di:

- OSPITE STESSO
- TUTORE LEGALE DEL/LA SIG./SIG.RA _____
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DEL/LA SIG./SIG.RA _____
- _____ DEL/LA SIG./SIG.RA _____ CON PROCEDURA
NOMINA TUTORE O AdS IN CORSO

Ospite della _____,

DICHIARA

Che nulla osta all'utilizzo del seguente ausilio di protezione i

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FASCIA ADDOMINALE | <input type="checkbox"/> FASCIA PELVICA | <input type="checkbox"/> PETTORINA |
| <input type="checkbox"/> MANOPOLE | <input type="checkbox"/> FASCIA ADDOMINALE DA LETTO | |
| <input type="checkbox"/> TAVOLINO PER CARROZZINA | <input type="checkbox"/> SPONDE PER IL LETTO | |

Pertanto la Struttura applicherà il sopracitato ausilio secondo le indicazioni espresse dai Sanitari Responsabili della Struttura medesima.

Data _____

Firma _____