



Regione Siciliana  
 Azienda Ospedaliero-Universitaria  
 "Policlinico-Vittorio Emanuele"  
 Catania

PRESIDIO OSPEDALIERO /  
 Unità Operativa /  
 Nome Responsabile

**Informativa per i familiari di pazienti TOTALMENTE INCAPACI di interrelazione e autodeterminazione**

**DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_ |) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pur nel tentativo di fornire informazioni sul trattamento terapeutico, sinceratisi dell'assenza di D.A.T. e/o di deleghe a terzi per le informazioni ivi compresa l'assenza di un amministratore di sostegno, il paziente è in attuali condizioni cliniche di totale incapacità di attività di interrelazione e di autodeterminazione a causa di

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(indicare la condizione patologica del paziente che determina la riduzione della capacità di interrelazione e di autodeterminazione e ove condizioni e tempistiche lo permettano si consiglia anche di eseguire consulenza specialistica psichiatrica/psicologica a supporto e in questo caso annotare)

Resi edotti i familiari circa la necessità di nomina di un amministratore di sostegno, nelle more delle tempistiche richieste da detta procedura, al fine di non determinare ritardo della cura e per la tutela della salute dello stesso, si procede in scienza e coscienza all'impostazione e all'assistenza clinico-diagnostico-terapeutica così come di seguito esplicitata

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Descrizione del trattamento clinico - diagnostico e/o terapeutico*

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma dei familiari

Firma del Medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_