



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