

	<h1>PROTEZIONI</h1>	<b>C.S.R.E.</b>
<b>MODULO 27</b>	<b>REVISIONE 02 DEL 20/12/2023</b>	<b>Opera Mons. Bonilli</b>

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

In qualità di Tutore/Amministratore di Sostegno di \_\_\_\_\_,

dichiaro di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sulla eventuale necessità dell'applicazione del/dei seguenti mezzi di protezione, limitata alle fasce orarie in cui è strettamente necessario e comunque per una durata inferiore a 12 ore continuative, sui potenziali benefici e rischi, possibili complicanze e possibili conseguenze del non trattamento, possibili alternative e relativi benefici, rischi e complicanze, e di averle effettivamente comprese, attraverso il colloquio con il Responsabile Sanitario della Struttura.

Sistemi di postura utilizzati con finalità terapeutiche di protezione quali:

- Sponde
- Tavolo mobile seggiolone/carrozzina
- Corpetto per il mantenimento di un corretto allineamento posturale
- Corpetto con bretelle o Cintura addominale o Cintura pelvica o Tavolino o piano d'appoggio fisso o Divaricatore inguinale
- Cintura pelvica per il mantenimento di un corretto allineamento posturale

Tali dispositivi possono essere utilizzati per fini terapeutici, per consentire una adeguata postura durante le attività riabilitative e per facilitare le relazioni.

Sistemi di protezione utilizzati al fine di evitare autolesionismo e/o lesioni verso gli altri quali:

- Guanti
- Manopole
- Casco
- Cintura ferma polso
- Stanza sensoriale e stanza multisensoriale

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Attestazione del medico che acquisisce il consenso di aver verificato l'avvenuta comprensione da parte del \_\_\_\_\_ delle informazioni ricevute.

Il Medico della Struttura

\_\_\_\_\_

FIRMATO

\_\_\_\_\_