

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	M-AMB-17
	CONSENSO INFORMATO	
	PER IL TRATTAMENTO AMBULATORIALE PER I	
	DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE	
		Rev. n. 1
		Ultima Rev.: 27/08/2018
		Pag. 1 di 2

Il trattamento in regime ambulatoriale per i disturbi dell'alimentazione ha un approccio di tipo multidisciplinare con interventi di tipo medico, farmacologico, nutrizionale, psicologico ed eventualmente familiare.

Tale trattamento consiste in:

Valutazione medica:

- Anamnesi e monitoraggio dei parametri clinici: peso, calcolo BMI, altezza;
- Comportamenti disfunzionali sull'alimentazione;
- Valutazione delle terapie farmacologiche, degli esami di laboratorio e strumentali portati in visione dal paziente alla visita;
- Prescrizione farmacologica e dietetica;
- Eventuali modifiche alla dieta in atto.

Valutazione psicologica:

- Assessment con somministrazione di test;
- Colloquio psicologico;
- CBT (Terapia cognitiva comportamentale).
- Possono essere effettuati colloqui motivazionali (se il paziente non è motivato al percorso).

Valutazione dietologica e anamnesi nutrizionale:

- Somministrazione della dieta;
- Controllo dell'andamento del peso;
- Controllo del diario alimentare.

La durata del suddetto percorso varia in relazione all'evoluzione della patologia del paziente. E' possibile fare richiesta spontanea di interruzione del trattamento in qualsiasi momento.

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____

Avendo compreso compiutamente la presente informativa e le spiegazioni fornite dal Medico, avendo avuto il tempo necessario per decidere, considerando che tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**

liberamente ad essere sottoposto all'atto sanitario prescrittomi.

Data _____ Firma _____

FIRMA DEL MEDICO che ha fornito le spiegazioni e registrato il consenso _____

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Firma del padre _____ . Firma della madre _____

Firma del tutore _____ .

Data _____

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO O SOTTOPOSTO AD UNA AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

Firma del tutore / amministratore di sostegno _____ .

Data _____

PAZIENTE CON IMPEDIMENTO MATERIALE ALLA FIRMA

Nome e Cognome del 1° testimone

Data _____ Firma _____ Documento _____

Nome e Cognome del 2° testimone

Data _____ Firma _____ Documento _____

REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a _____ Nato/a il _____

a _____ **REVOCO** il consenso all'atto sanitario su indicato.

Data _____ Firma del paziente _____ **FIRMA DEL MEDICO** _____

*** Il CONSENSO INFORMATO del paziente deve necessariamente essere stampato su un unico foglio fronte / retro.*