



**DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E MODULO DI ACQUISIZIONE DEL
CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO RIABILITATIVO**

SIG.RA: COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

SIG: COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

NELLA QUALITA' DI _____ GENITORI ESERCENTI LA POTESTA' DEL MINORE: _____

NOME: _____ COGNOME: _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

In questo modulo vengono riassunti i concetti già ampiamente espressi in forma orale, precisando e definendo nelle loro linee essenziali gli interventi e le terapie più appropriate integralmente concordate con il paziente in relazione alla diagnosi sotto indicata. Nel modulo vengono altresì indicati i rischi generici e specifici della terapia concordata nonché i rischi derivanti dalla mancata esecuzione della terapia stessa.

Preliminarmente sono state brevemente illustrate le competenze e le aree specifiche di intervento del TNPEE - Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva al fine di informare compiutamente gli interessati della natura della terapia con gli stessi concordata. Il TNPEE è una figura professionale, espressamente riconosciuta con Decreto del Ministero della Sanità n. 56 del 1997, che appartiene al novero delle professioni sanitarie riabilitative individuate dall'art. 2 della legge 251 del 2000. Il TNPEE si occupa della terapia e della riabilitazione delle malattie neuropsichiatriche infantili. Tra tali disturbi si annoverano: i disturbi neurologici, i disturbi sensoriali e i disturbi neuromotori, i disturbi dello spettro autistico, i ritardi psicomotori e cognitivi, i disturbi dell'attenzione, i disturbi specifici di linguaggio e di apprendimento (dislessia, disortografia, discalculia, disgrafia) le sindromi genetiche.

Si precisa che la prestazione verrà fornita in presenza, ma potrà anche essere fornita in modalità a distanza, a seconda del caso specifico, attraverso una delle piattaforme per videochiamate disponibili sul mercato; la modalità a distanza può prevedere un lavoro sincrono (professionista e utente comunicano nello stesso momento) o asincrono (il professionista invia dei contenuti che possono essere visualizzati successivamente dall'utente).

Le sedute potranno essere oggetto di audio/video registrazioni e/o prevedere rilievi fotografici in base agli obiettivi clinici concordati e in accordo con i genitori ed alcune audio-registrazioni e/o i protocolli dei test (completamente anonimizzati) potrebbero essere utilizzati nello svolgimento di attività formativa e ricerca.



Ordine
dei tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
Roma e Provincia

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3
C.F. 97038500589

NOME DEL PROFESSIONISTA E TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI (inserire il nominativo del TNPEE e indicare le prestazioni che saranno svolte nel caso specifico)

DIAGNOSI O INDIRIZZO DIAGNOSTICO (Inserire dati e riferimenti della certificazione medica relativa alla diagnosi indicata dettagliatamente):

VALUTAZIONE DEL TNPEE (come da allegato):

TERAPIA E/O RIABILITAZIONE INDICATA (Descrivere accuratamente il progetto terapeutico, come in concreto sarà svolto e articolato, se verranno utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la valutazione, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito neuro-psicomotorio, se le sedute saranno individuali o di gruppo e se sarà necessaria o meno la presenza dei genitori):

RISCHI GENERICI E SPECIFICI (Nessuno o, nel caso si ritenesse che vi siano, indicare il più dettagliatamente possibile gli eventuali rischi):

ASPETTATIVE MIGLIORATIVE DEL TRATTAMENTO (Indicare gli eventuali e possibili miglioramenti legati alla terapia):

CONDIZIONI E INDICAZIONI NECESSARIE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI ESITI DESIDERATI (Precisare se vi sono delle indicazioni e condizioni che i genitori devono osservare per il buon esito della terapia/riabilitazione):



Ordine
dei tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
Roma e Provincia

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3
C.F. 97038500589

RISCHI PREVEDIBILI ALLA MANCATA ESECUZIONE DELLA TERAPIA (Precisare se il mancato intervento può portare a un peggioramento delle condizioni):

TERAPIA ALTERNATIVA (Nessuna o, nel caso vi fosse, indicarla):

ALTRE INFORMAZIONI SU RICHIESTA DEL PAZIENTE (GENITORI)

In qualsiasi momento, il TNPEE Dott.ssa/ Dott. _____ potrà valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto terapeutico qualora dovesse constatare che il paziente non trae alcun beneficio dalla prestazione e non è ragionevolmente prevedibile che ne trarrà dal proseguimento della stessa.

La Dott.ssa/il Dott. _____, nella sua qualità di TNPEE, è tenuta/o all'osservanza del codice deontologico del TNPEE (disponibile al link <https://www.tsrmprroma.it/wp-content/uploads/2022/01/Codice-deontologico-TNPEE.pdf>), al quale si rinvia per ulteriori informazioni in merito alle modalità con cui la prestazione verrà erogata.

Il sottoscritto TNPEE, Dott. _____, dichiara di aver informato e spiegato anche oralmente chiarendo ogni dettaglio relativo ai punti sopra indicati.

Luogo, lì _____

FIRMA e TIMBRO DEL TERAPISTA



Io sottoscritto in relazione a tutto quanto sopra indicato dichiaro:

- a) di aver sottoscritto separata informativa per il consenso al trattamento dei dati personali;
- b) di essere stato compiutamente ed esaurientemente informato e di aver compreso la natura, lo, scopo i rischi e le espresse indicazioni relative alla terapia/riabilitazione più appropriata al caso di specie;
- c) di ritenere il TNPEE la figura adatta e appropriata per il programma/terapia indicato e concordato;
- d) di aver concordato esplicitamente il programma proposto e ritenuto appropriato;
- e) di essere stato altresì informato delle possibili terapie alternative e delle indicazioni da seguire per il buon esito della terapia concordata e della possibilità di riprese audio/video o fotografiche nel corso della terapia;
- f) di essere stato informato che il consenso prestato con la sottoscrizione del presente modulo può essere revocato in qualsiasi momento;
- g) di aver letto attentamente il presente modulo e di averne pienamente compreso il contenuto di quanto in esso riportato e precisato.

ESPRIMO IL CONSENSO ACCONSENTENDO ESPRESSAMENTE ALLA EFFETTUAZIONE DELLA
TERAPIA/RIABILITAZIONE CON IL TERAPISTA INDICATO

Luogo, lì _____

Firma di entrambi i genitori

ESPRIMO IL CONSENSO ACCONSENTENDO ESPRESSAMENTE ALLA EFFETTUAZIONE DELLE RIPRESE
AUDIO/VIDEO E FOTOGRAFICHE

Luogo, lì _____

Firma di entrambi i genitori

NEGO IL CONSENSO NON ACCONSENTENDO ALLA EFFETTUAZIONE DELLA
TERAPIA/RIABILITAZIONE CON IL TERAPISTA INDICATO PUR SE ADEGUATAMENTE INFORMATO

SULLE CONSEGUENZE DEL MIO RIFIUTO

Luogo, lì _____

Firma di entrambi i genitori



Ordine
dei tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
Roma e Provincia

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3
C.F. 97038500589

NEGO IL CONSENSO NON ACCONSENTENDO ESPRESSAMENTE ALLA EFFETTUAZIONE DELLE RIPRESE
AUDIO/VIDEO E FOTOGRAFICHE

Luogo, li _____

Firma di entrambi i genitori