



## Fondazione TUSCULUM

Case per anziani medicalizzate

Tusculum – Arogno

L. Rossi - Capolago

### **AUTORIZZAZIONE** **Attivazione Protocollo a seguito punture accidentali** Medicina Preventiva - Settore Cure

Con la firma della presente autorizzo l'applicazione delle disposizioni contenute nel protocollo per punture accidentali ai danni del personale operante presso le strutture della Fondazione Tusculum.

In particolare mi ritengo informato che nello specifico frangente qualora il paziente trattato fosse il mio congiunto, **senza ulteriore informazione ed autorizzazione** da parte mia, si potranno tempestivamente eseguire gli esami ematici previsti dallo specifico protocollo. Gli stessi mi saranno fatturati dal laboratori competente.

Cognome e nome (Ospite) \_\_\_\_\_

Cognome e Nome (Persona di riferimento) \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma persona di riferimento

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del medico curante