



**A.S.L. TO5**

Azienda Sanitaria Locale  
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

DIPARTIMENTO DEL TERRITORIO

P.zza Pellico, 1 – 10023 Chieri

Sede legale – Piazza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (TO) - C.F. e P.I. 06827170017 - [www.aslto5.piemonte.it](http://www.aslto5.piemonte.it)  
centralino +39 011 94291 – pec [protocollo@cert.aslto5.piemonte.it](mailto:protocollo@cert.aslto5.piemonte.it) – e-mail [protocollo@aslto5.piemonte.it](mailto:protocollo@aslto5.piemonte.it)

**Allegato 1bis**

## **MODULO DI INFORMATIVA/ADESTRAMENTO ALL'USO DEL SOLLEVATORE PER DISABILI**

Per favorire un appropriato utilizzo del sollevatore nell'interesse del Paziente Sig. \_\_\_\_\_ e di chi lo assiste (definito in questa informativa caregiver), si procede ad informare il Sig. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ che:

1. il sollevatore deve essere utilizzato nei limiti di quanto previsto dal "libretto d'uso" che deve essere necessariamente allegato alla fornitura e solo a seguito di avvenuto addestramento;
2. il sollevatore è indicato esclusivamente per movimentare il paziente in limitati trasferimenti (ad es. letto – carrozzina e viceversa, posti in posizioni contigue), da eseguirsi sempre sotto diretta responsabilità, nel rispetto delle modalità d'uso, del caregiver;
3. il sollevatore, nello specifico, può essere utilizzato dal caregiver per spostare il Paziente solo dopo aver verificato il corretto posizionamento del paziente nella imbragatura ed il corretto aggancio della imbragatura stessa negli appositi ganci del sollevatore;
4. il sollevatore non deve mai essere utilizzato per spostamenti diversi da quelli descritti nel punto 2: è vietato l'uso per spostamenti non previsti per la tipologia di sollevatore, per il rischio di cadute del paziente e di rotture del sollevatore per carichi eccessivi e non previsti;
5. ogni malfunzionamento del sollevatore o dell'imbrago va segnalato all'Ufficio Protesica di appartenenza del paziente con contemporanea immediata sospensione del suo utilizzo.

A seguito della informativa, si procede presso il domicilio del paziente alla dimostrazione da parte di Personale del Servizio RRF del corretto uso del sollevatore con prova pratica di utilizzo da parte del caregiver e verifica dell'effettiva capacità di utilizzo da parte dello stesso. Inoltre, viene verificato dal fisioterapista che il sollevatore sia funzionante e funzionale.

Nome e cognome del Fisioterapista

\_\_\_\_\_

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

Firma

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto..... in qualità di..... dichiara di aver ricevuto in data odierna in modo esaustivo da parte dell'Azienda ASLTO5 l'informativa relativa al corretto utilizzo del sollevatore e di aver effettuato la prova pratica. Si impegna, inoltre, ad utilizzare il sollevatore in modo corretto, seguendo con scrupolo tutte le indicazioni ricevute e a mantenere il dispositivo nelle condizioni in cui è stato consegnato.

Per il paziente / caregiver

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

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

Firma \_\_\_\_\_