



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
centralino +39 011 94291 – pec protocollo@cert.aslto5.piemonte.it – e-mail protocollo@aslto5.piemonte.it

Allegato 2b

MODULO DI INFORMATIVA/ADESTRAMENTO ALL'USO DEL MONTASCALE

Per favorire un appropriato utilizzo del montascale nell'interesse del Paziente

Sig./Sig.ra _____ e di chi lo assiste (definito in questa informativa caregiver),

si procede ad informare il Sig. _____ residente in _____

in qualità di _____ che:

1. il montascale 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 montascale è indicato esclusivamente per gli assistiti non deambulanti o persone con gravi problemi di mobilità, conseguenti a patologie invalidanti, tali da rendere impossibile la salita o la discesa di scalinate interne all'abitazione dell'assistito anche con l'aiuto del caregiver;
3. il montascale non deve mai essere utilizzato per spostamenti diversi da quelli descritti nel punto precedente;
4. ogni malfunzionamento del montascale va segnalato al Distretto 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 del Fornitore del corretto uso del montascale con prova pratica di utilizzo da parte del caregiver e verifica dell'effettiva capacità di utilizzo da parte dello stesso.

Nome e Cognome del Fornitore

Luogo e data _____

Firma _____

Il sottoscritto..... in qualità di..... dichiara di aver ricevuto in data odierna in modo esaustivo da parte del Fornitore l'informativa relativa al corretto utilizzo del montascale e di aver effettuato la prova pratica. Si impegna, inoltre, ad utilizzare il montascale 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 _____