



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

**INFORMATIVA PER LA CUSTODIA DELLE PROTESI MOBILI
(DENTARIE E/O ACUSTICHE) DA PARTE DEL PAZIENTE**

ALLEGATO 1

P.O. _____ U.O./Servizio _____

Sig.ra/Sig. _____

Nata/o il _____

Gentile Utente,

al fine di prevenire il rischio di smarrimento delle protesi mobili (dentarie e/o acustiche) La informiamo che:

- Le verrà consegnato un contenitore apposito da utilizzare esclusivamente per la conservazione delle protesi mobili;
- Il contenitore, con all'interno le Sue protesi, deve essere custodito con attenzione e diligenza e conservato in un luogo sicuro evitando di lasciarlo tra la biancheria utilizzata per il letto, sotto il cuscino o in bagno al fine di evitare che possa essere inavvertitamente smaltito durante le operazioni di pulizia o di assistenza.

L'Azienda solleva ogni responsabilità in caso di smarrimento della protesi dentaria e/o acustica successivamente alla consegna della presente informativa e del contenitore.

Firma dell'utente/familiare/caregiver _____

Firma del personale sanitario che ha effettuato la consegna del modulo _____

Data _____

La presente informativa deve essere allegata alla documentazione clinico-assistenziale dell'utente/paziente.