

## ACCEPTACIÓ D'ENTRADA AL PROGRAMA

Barcelona, de de 200

El/la Sr/a \_\_\_\_\_, nom fictici que se li ha assignat en el moment de l'acollida al Programa i que consta en el registre confidencial de casos del Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM), i d'ara endavant esmentat com a el pacient,

**DECLARA** ser metge amb exercici professional a \_\_\_\_\_, i

**MANIFESTA** el seu desig de ser admès al PAIMM, un cop conegudes les seves característiques, per a ser atès del seu patiment.

Amb aquesta finalitat el **PACIENT ES COMPROMET A:**

1. Seguir el tractament prescrit, acudir a les visites de seguiment i fer-se i fer-se tota mena de proves que li siguin indicades pel seu terapeuta segons el tipus i l'evolució del seu procés.
2. No abandonar el tractament fins el moment que li sigui donada l'alta pel seu terapeuta. En cas de voler deixar de rebre l'assistència del PAIMM, ho haurà de comunicar al seu terapeuta.

Per la seva banda, el **PAIMM:**

1. Prestarà els serveis assistencials al seu abast que pugui necessitar el pacient, amb l'especificitat i l'especialització característiques del Programa, per tal d'assolir la seva recuperació i estar capacitat per exercir correctament la medicina. En el ben entès que si durant el procés assistencial el pacient entrés en situació de jubilació i/o d'incapacitat laboral permanent, el dret a rebre aquests serveis del PAIMM s'extingiria, sent referit el pacient al corresponent dispositiu assistencial de la xarxa general.
2. Preservarà al màxim la confidencialitat amb les següents excepcions:

- a) En cas d'emergència vital, moment en què aquesta situació es posarà en coneixement de les persones, familiars o col·legues, indicades als efectes pel pacient.

**Persones indicades:**

\* \_\_\_\_\_  
\* \_\_\_\_\_  
\* \_\_\_\_\_

**Telèfons de contacte:**

\* \_\_\_\_\_  
\* \_\_\_\_\_  
\* \_\_\_\_\_

- b) Quan el pacient autoritza el seu metge terapeuta, Dr. \_\_\_\_\_, a informar sobre el seu estat de salut a les següents persones:

**Persones autoritzades:**

\* \_\_\_\_\_  
\* \_\_\_\_\_  
\* \_\_\_\_\_

**Telèfons de contacte:**

\* \_\_\_\_\_  
\* \_\_\_\_\_  
\* \_\_\_\_\_

- c) Davant d'un possible problema de mala praxi que posi en risc la salut de terceres persones, el terapeuta del pacient té l'obligació d'informar al secretari del Col·legi de Metges corresponent (art. 102 del Codi de Deontologia – Normes d'Ètica Mèdica).

I, en mostra de la seva conformitat, el pacient signa aquest document:

Sr/a.: \_\_\_\_\_  
(com a pacient atès al PAIMM)