



S.I.D.O.  
Società Italiana  
di Ortodonzia

## PROGETTO SOLIDARIETA' SIDO

### NORME COMPORTAMENTALI

*(inviare ai Soci aderenti prima dell'invio  
alle Istituzioni dei nominativi degli Associati Sido  
che hanno aderito nel loro territorio)*

Al fine di ottimizzare al meglio la riuscita di tale importante e delicata iniziativa, riepiloghiamo qui di seguito le norme comportamentali a cui ci si dovrà attenere:

1. Il responsabile della Casa Famiglia prenderà contatto con il medico aderente e concorderà le modalità della prestazione, fornendo tutta la documentazione clinica (allergie, precedenti patologie ecc) del paziente.
2. Il bimbo si recherà presso lo studio del Socio SIDO, accompagnato da un responsabile (affidatario o educatore) il quale esprimerà le decisioni circa la scelta e le modalità delle cure mediche riguardanti il minore.
3. Prima dell'inizio della cura, il Socio farà firmare al responsabile del bambino uno specifico accordo nel quale verranno espresse tutte le modalità del rapporto gratuito.
4. Qualora ci fosse necessità, tutte le comunicazioni e le prescrizioni mediche verranno comunicate e consegnate al responsabile del minore che sarà l'unico interlocutore con il professionista.
5. Sarà cura e responsabilità del socio occuparsi del trattamento e portare a termine la cura ortodontica, garantendo che tutte le spese relative a tali cure saranno a carico suo e quindi totalmente gratuite per il paziente, comprese le cure odontoiatriche (detartrasi, conservativa, endodonzia ove necessarie) e le eventuali spese odontotecniche. Il medico si impegna inoltre ad operare nel rispetto della normativa deontologica e della privacy.
6. Il responsabile della Casa Famiglia garantirà l'applicazione delle prescrizioni in capo al paziente da parte del personale che si prende cura dello stesso all'interno della Casa Famiglia.
7. La Sido sarà il referente per il medico curante socio Sido per eventuali comunicazioni particolari come per es. sospensione improvvisa della cura, trasferimento bimbo ecc.
8. Le responsabilità del medico sono identiche a quelle che ha per un qualsiasi minore in cura
9. Il Socio Sido avviserà la SIDO a sua discrezione se terminato un caso si rende disponibile per un altro bambino.

Per qualsiasi maggiore informazione contattare la Segreteria SIDO, nella persona di Simona, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00.



# PROGETTO SOLIDARIETA' S.I.D.O.

## *SCHEDA DI CONFERMA PRESA IN CARICO*

da rendere firmata compilata e firmata alla Segreteria SIDO  
via fax al numero 02.5830.4804

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ socio SIDO, avendo aderito al Progetto Solidarietà SIDO, che consiste nell' "adottare clinicamente" un bambino in affido nelle case famiglia dislocate su tutto il territorio nazionale,

### DICHIARO

di aver preso in carico a far data dal \_\_\_\_\_ un bambino bisognoso di cure ortodontiche ospite presso una Casa Famiglia del mio comune (o limitrofi) e che mi atterrò alle **NORME COMPORTAMENTALI SIDO** sotto riportate:

- Prima dell'inizio della cura, il Socio farà firmare al responsabile del bambino uno specifico accordo nel quale verranno espresse tutte le modalità del rapporto gratuito.
- Qualora ci fosse necessità, tutte le comunicazioni e le prescrizioni mediche verranno comunicate e consegnate al responsabile del minore che sarà l'unico interlocutore con il professionista.
- Sarà cura e responsabilità del socio occuparsi del trattamento e portare a termine la cura ortodontica, garantendo che tutte le spese relative a tali cure saranno a carico suo e quindi totalmente gratuite per il paziente, comprese le cure odontoiatriche (detartrasi, conservativa, endodonzia ove necessarie) e le eventuali spese odontotecniche. Il medico si impegna inoltre ad operare nel rispetto della normativa deontologica e della privacy.
- Il responsabile della Casa Famiglia garantirà l'applicazione delle prescrizioni in capo al paziente da parte del personale che si prende cura dello stesso all'interno della Casa Famiglia.
- La Sido sarà il referente per il medico curante socio Sido per eventuali comunicazioni particolari come per es. sospensione improvvisa della cura, trasferimento bimbo ecc.
- Le responsabilità del medico sono identiche a quelle che ha per un qualsiasi minore in cura
- Il Socio Sido avviserà la SIDO a sua discrezione se terminato un caso si rende disponibile per un altro bambino.

di non aver preso in carico un bambino ospite presso una Casa Famiglia del mio comune (o limitrofi) in quanto

1. non bisognoso di cure ortodontiche
2. Altra motivazione da specificare \_\_\_\_\_

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## ***PROGETTO SOLIDARIETA' S.I.D.O.***

### **ACCORDO TRA IL MEDICO SOCIO SIDO E RESPONSABILE REFERENTE DEL BIMBO MINORE OSPITE DI UNA CASA FAMIGLIA**

- Il responsabile della Casa Famiglia prenderà contatto con il medico aderente e concorderà le modalità della prestazione, fornendo tutta la documentazione clinica (allergie, precedenti patologie ecc) del paziente.
- Il bimbo si recherà presso lo studio del Socio SIDO, accompagnato da un responsabile (affidatario o educatore) il quale esprimerà le decisioni circa la scelta e le modalità delle cure mediche riguardanti il minore.
- Qualora ci fosse necessità, tutte le comunicazioni e le prescrizioni mediche verranno comunicate e consegnate al responsabile del minore che sarà l'unico interlocutore con il professionista
- Sarà cura e responsabilità del medico socio sido occuparsi del trattamento e portare a termine la cura ortodontica, garantendo che tutte le spese relative a tali cure saranno a carico suo e quindi totalmente gratuite per il paziente, comprese le cure odontoiatriche (detartrasi, conservativa, endodonzia ove necessarie) e le eventuali spese odontotecniche. Il medico si impegna inoltre ad operare nel rispetto della normativa deontologica e della privacy.
- Il responsabile della Casa Famiglia garantirà l'applicazione delle prescrizioni in capo al paziente da parte del personale che si prende cura dello stesso all'interno della Casa Famiglia.
- Le responsabilità del medico sono identiche a quelle che ha per un qualsiasi minore in cura

Data, \_\_\_\_\_

Firma del medico curante

\_\_\_\_\_

Firma del Responsabile del Minore

\_\_\_\_\_