CONSENSO INFORMATO ESAMI RADIOLOGICI CON TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) CON MEZZO DI CONTRASTO

(redatto in riferimento alla normativa per la protezione dalle radiazioni ionizzanti nelle esposizioni mediche)

SINTESI INFORMATIVA

Gentile paziente Sig./Sig.ra:

apporre l'etichetta con i dati del paziente

In questo studio radiologico gli esami mediante i raggi x sono eseguiti nel pieno e rigoroso rispetto della normativa specifica.
Le dosi di radiazioni erogate ai pazienti per ogni singolo esame sono mantenute al livello minimo compatibile con una accurata diagnosi e comunque inferiori ai Livelli Diagnostici di Riferimento stabiliti dalle vigenti Direttive dell'Unione Europea.

In particolare, l'esame è effettuato solo se:
- vi è una richiesta diagnostica motivata;
- non esistono, in alternativa, altri tipi di esame senza raggi x;
- non vi sono altri reperti diagnostici validi (il paziente deve informare il radiologo se è in possesso di indagini RX o TC eseguite di recente in un esame dello stesso distretto anatomico);
- l'attrezzatura disponibile in questo studio radiologico consente la minor dose di radiazioni compatibilmente con il risultato diagnostico necessario.

In questo studio radiologico l'attrezzatura radiologica è sottoposta a:
- prove di verifica periodiche delle caratteristiche di funzionamento da parte di un professionista laureato ed esperto in fisica medica a seguito delle quali è rilasciata specifica documentazione scritta;
- controlli di qualità periodici da parte delle stesso esperto in fisica medica a seguito dei quali é rilasciata specifica documentazione scritta;
- misure per la determinazione della dose al paziente al fine di ottimizzare la tecnica diagnostica per la tutela della salute del paziente.

Per ogni ulteriore chiarimento il personale medico è a disposizione del paziente.

DI COSA SI TRATTA E QUALI SONO I RISCHI

La TAC (Tomografia Assiale Computerizzata) è una metodica di diagnostica per immagini che utilizza radiazioni ionizzanti (raggi X) e consente di riprodurre sezioni o strati (tomografia) corporei del paziente e di effettuare elaborazioni tridimensionali. La produzione delle immagini avviene attraverso l'elaborazione computerizzata dei dati.
Lo stato di gravidanza può essere una controindicazione all'esecuzione di un esame radiologico. Al fine di analizzare con particolare attenzione il bilancio rischio - beneficio per la paziente in gravidanza, accertata o potenziale, si chiede espressamente alle pazienti di questo studio, che non siano in grado di escludere la gravidanza, di informarne il radiologo.

In questo Studio Radiologico gli esami vengono eseguiti solamente dopo l'accertamento della loro appropriatezza e quindi tenendo conto dei risultati della ricerca scientifica e delle linee Guida riconosciute dalla SIRM o da altri importanti organismi nazionali e internazionali. Il rischio radiologico per gli esami radiologici TC CON mezzo di contrasto rientra nelle classi di dose "III" e "IV" (la scala va da "I" a "IV" – classe "III": 5 mSv < dose efficace < 10mSv; classe "IV": dose efficace > 10mSv). In questo contesto il bilancio rischio - beneficio è ampiamente favorevole.

Nel Suo caso è necessario somministrare, mediante iniezione endovenosa, un farmaco chiamato "mezzo di contrasto" (m.d.c.). Tale farmaco, a base di sali di iodio opaco ai raggi X, permette di riconoscere con maggior chiarezza sia strutture normali sia eventuali processi patologici, consentendo spesso di precisarne la natura. Il ricorso all'uso del mezzo di contrasto è possibile solo previa esclusione di eventuali controindicazioni, per questo verrà richiesta la compilazione di un "raccordo anamnestico e farmacologico" da parte del suo Medico Prescrittore.

COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene sdraiato sul lettino dell'apparecchiatura che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (gantry) che è la fonte di raggi X e dei dispositivi di rilevazione.
In una vena dell'avambraccio Le verrà introdotto un ago-cannula attraverso cui sarà successivamente iniettato il mezzo di contrasto. Durante l'iniezione potrà avvertire un generale senso di calore passeggero. La durata media dell'esame TAC è di circa 15-30 minuti: in questa fase, Le raccomandiamo di rimanere tranquillo/a e mantenere il massimo grado di immobilità. Lei sarà sempre in contatto vocale con gli operatori che eseguono l'esame e che la monitoreranno costantemente, pronti ad intervenire in caso di necessità.

EVENTUALI COMPLICANZE

Una funzionalità renale compromessa è il principale limite all'uso di mezzo di contrasto organo-iodato, per tale motivo si richiede di esibire un valore di creatininemia recente.

Raramente, durante l'esecuzione dell'esame, possono insorgere disturbi lievi come sensazione di calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire l'operatore che le presterà pronta assistenza.

Il mezzo di contrasto è un liquido che permette una migliore visualizzazione degli organi sottoposti all'indagine. Viene iniettato, solitamente nel braccio, attraverso un accesso venoso. E' possibile che si verifichi uno stravaso extravascolare in caso di fragilità venosa.

I mezzi di contrasto attualmente utilizzati sono farmaci estremamente sicuri che occasionalmente però possono provocare reazioni indesiderate quali:

- **(REAZIONI COMUNI** – *1 caso su 100 pazienti* - **DI LIEVE ENTITA')** Vampate di calore, starnuti, nausea, vomito, orticaria circoscritta. Questi sintomi in genere non richiedono alcuna terapia medica e si risolvono rapidamente.
- **(REAZIONI RARE** – *1 caso su 10.000 pazienti* - **SEVERE)** Orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, irregolarità del battito cardiaco, convulsioni o perdita di conoscenza. Queste reazioni richiedono di solito una terapia medica.
- **(REAZIONI MOLTO RARE** – *da 1 caso su 100.000 a 1caso su 1.000.000 di pazienti***)** In casi estremamente rari e solo in pazienti affetti da insufficienza renale grave o sottoposti a dialisi è stata segnalata la fibrosi sistemica nefrogenica che interessa soprattutto gli arti con possibilità di inabilità permamente.
- **(REAZIONI ECCEZIONALI** – *1 caso su 5.000.000 di pazienti* – ***RISCHIO DI MORTE*)** Assai raramente, come succede per molti farmaci, i mezzi di contrasto possono causare il decesso.

IL PAZIENTE HA IL DOVERE DI SEGNALARE FATTORI DI RISCHIO PER REAZIONI ANAFILATTOIDI come precedenti reazioni al mezzo di contrasto, asma bronchiale, allergie importanti ed accertate.

In questi casi è necessaria la profilassi farmacologia prima dell'esame.

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

- **Per garantirLe la massima sicurezza durante l'esecuzione di questo esame chiederemo la collaborazione del Suo Medico Prescrittore per la compilazione del raccordo anamnestico e farmacologico che alleghiamo.**
- Prima dell'esame con mezzo di contrasto è sufficiente un periodo di digiuno di 6 ore, senza sospendere l'assunzione di acqua e delle terapie farmacologiche in atto, se non espressamente indicato.
- Presentarsi all'esame con la documentazione sanitaria precedente e questo modulo compilato ed esibire un esame di creatininemia recente (eseguito negli ultimi 3 mesi).
- Dopo l'esame, per favorire l'eliminazione del mezzo di contrasto, si consiglia di bere molta acqua o the.

Questionario Anamnestico

Nel questionario che segue, Le vengono poste domande sul suo stato di salute, in modo da garantire l'espletamento dell'esame TC in condizioni di sicurezza. Il personale è comunque disponibile ad integrare le notizie contenute nella presente scheda; si invita anzi ad avanzare eventuali dubbi prima di sottoporsi all'indagine.

Si prega di rispondere a tutte le domande indicate e di firmare il modulo come consenso libero e informato all'esecuzione dell'esame.

E' A CONOSCENZA DI ESSERE AFFETTO DA:	
Grave insufficienza renale?	☐ **SI** ☐ **NO**
Grave insufficienza cardio-vascolare?	☐ **SI** ☐ **NO**
Grave insufficienza epatica?	☐ **SI** ☐ **NO**
Diabete?	☐ **SI** ☐ **NO**
Paraproteinemia di Waldenstrom?	☐ **SI** ☐ **NO**
Mieloma multiplo?	☐ **SI** ☐ **NO**
Tireotossicosi?	☐ **SI** ☐ **NO**
Ipertensione?	☐ **SI** ☐ **NO**
Allergie generiche? A cosa?	☐ **SI** ☐ **NO**
Asma?	☐ **SI** ☐ **NO**
Ha avuto precedenti reazioni anafilattoidi come: precedenti reazioni al mezzo di contrasto, asma bronchiale, allergie importanti ed accertate? *(NECESSARIA PROFILASSI FARMACOLOGICA PRIMA DELL'ESAME)*	☐ **SI** ☐ **NO**

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RADIOLOGICO TC CON MEZZO DI CONTRASTO

Io paziente, Cognome e Nome Nato a in data

Oppure

Io sottoscritto, (Cognome e Nome) _____ Nato a _____ il _____ / _____ /_____

in qualità di: [ ] Esercente la potestà genitoriale [ ] Tutore [ ] Amministratore di sostegno [ ] Legale rappresentante

Ho letto e compreso quanto sopra e ho ricevuto informazioni adeguate in merito ai benefici e ai rischi associati alla dose di radiazione dovuta esposizione medica.

Accetto di eseguire l'indagine in base a quello che mi è stato illustrato, relativamente ai rischi, agli effetti e alle conseguenze, anche negative, che ne possono derivare come spiegato nella nota informativa.

Persistendo dei dubbi ho potuto porre al Radiologo le domande che ritenevo opportune e ho da questi ricevuto risposte chiare e comprensibili.

Sono consapevole che posso decidere, in piena autonomia, di non sottopormi all'indagine in oggetto e, d'accordo con il Medico Curante, accedere ad altro tipo di indagine, accettando le conseguenze di tale decisione.

Dichiaro di [ ] ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA [ ] NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA
[ ] non pertinente

Tricesimo, Data Firma .....

[ ] ACCONSENTO [ ] NON ACCONSENTO l'effettuazione *DELL'ESAME RADIOLOGICO TC CON MEZZO DI CONTRASTO*

Sono a conoscenza della possibilità di revocare il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Tricesimo, Data Firma .....

Il medico specialista

[ ] Dott. Degano Gian Paolo [ ] Dott.ssa Panozzo Myriam [ ] Dott.ssa Cimino Elisa
[ ] Dott.ssa Ulcigrai Veronica [ ] Dott. Rositani Pasquale

si è accertato che il paziente o chi ne fa le veci abbia ricevuto informazioni adeguate in merito ai benefici e ai rischi:
- ***associati alla dose di radiazione dovuta all'esposizione medica*** *(Art. 159 - comma 6 della DLgs 31/07/2020 n. 101)*
- ***associati all'esecuzione dell'esame con mezzo di contrasto***

Analoghe informazioni devono essere ricevute da assistenti e accompagnatori.

Firma del medico specialista .....

REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il ____/____/_____

REVOCA Il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Data _____

Firma del paziente / genitore / tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante _____

Firma del radiologo responsabile _____

!! IMPORTANTE !!

ASUFC in data 27/09/2022 ha redatto il documento "Valutazione e gestione del paziente che necessita di esami radiologici con mezzo di contrasto" revisione n. 04 di analogo documento di Area Vasta Udinese del 2014 che detta le modalità di gestione del paziente per gli esami radiologici con mezzo di contrasto.
SaniRad fa suo il suddetto documento in qualità di destinatario dello stesso, impegnandosi pertanto a contattare il paziente alcuni giorni prima dell'esame per la verifica della completezza della documentazione da esibire.

QUALORA IL PAZIENTE NON DISPONGA DEL RACCORDO ANAMNESTICO REDATTO DAL MEDICO PRESCRITTORE E DI UN REFERTO DI CREATININEMIA RECENTE (< 3 MESI)

SANIRAD SI RISERVA DI SOSPENDERE L'ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE DIAGNOSTICA IN ATTESA DELLA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI NECESSARIE

SCHEDA CLINICO-ANAMNESTICA PER INDAGINI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI CON MEZZO DI CONTRASTO SOMMINISTRATO PER VIA ENDOVENOSA

(da compilare a cura del prescrittore)

Cognome e Nome	**Data di nascita**
Precedenti reazioni avverse moderate / severe a MDC o a farmaci	[ ] NO [ ] SI
Asma allergico o allergie pregresse o in atto che hanno richiesto trattamento farmacologico	[ ] NO [ ] SI
Funzionalità renale: - eGFR* con creatininemia <3mesi - eGFR con creatininemia <7 giorni nei pazienti a rischio: ➢ Creatininemia ≥1,6dl/L ➢ eGFR <30 ml/min/1.73m2 già noto - storia clinica di nefropatie, interventi chirurgici a carico dei reni, proteinuria, diabete mellito, ipertensione, gotta, recente assunzione di farmaci nefrotossici ***(*eGFR mediante CKD-EPI negli adulti e SCHWARTZ nei pediatrici)***	
Insufficienza cardiaca	[ ] NO [ ] SI
Ipertiroidismo clinicamente manifesto	[ ] NO [ ] SI
Gravidanza	[ ] NO [ ] SI

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore

_____

----- RIFERIMENTI -----

Nota del Ministero della Sanità (prot. 900 VI/11.AG./6542 del 17.9.1997)

(…) a proposito dell'uso di mezzi di contrasto organoidati e paramagnetici precisa quanto segue:
• il pericolo di gravi reazioni di intolleranza (reazioni anafilattoldi dovute alla formazione legami "macrocomplessi m.d.c. e proteine plasmatiche"), per particolari categorie di pazienti a rischio, ricorre con l'uso di mezzi di contrasto organoidati di tipo ionico;
• l'incidenza di reazioni anafilattoidi appare meno probabile con mezzi di contrasto non ionici per la trascurabile capacità degli stessi di legarsi alle proteine plasmatiche;
• i mezzi di contrasto non ionici sono oggi utilizzati in oltre il 95% delle indagini urografiche, angiografiche e di tomografia computerizzata;
• i mezzi di contrasto paramagnetici sono una categoria di farmaci totalmente differente rispetto a quelle precedenti e che, in ragione dei piccoli volumi iniettati e le diverse caratteristiche farmacologiche, permettono tranquillità di impiego, pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità caratteristici di ogni formulazione iniettabile.

Premesso quanto sopra la stessa circolare precisa che:
1. la valutazione clinico - anamnestica di ciascun assistito da sottoporre ad indagine con mezzi di contrasto da parte del medico curante, che richiede l'esame, e da parte del radiologo, che esegue l'esame, rappresenta per la prevenzione il momento più importante;
2. il ricorso abituale, in ogni caso, a batterie di esami/procedure diagnostiche predefinite, non ha indicazioni ai fini di prevenire incidenti da mezzi di contrasto. Test laboratoristici e procedure diagnostiche sono indicati per definire, nei soggetti a rischio, il grado delle condizioni patologiche;
3. sono considerati a rischio i soggetti che risultino sul piano clinico - anamnestico a comprovato rischio allergico, portatori di gravi forme di insufficienza epatica o renale o cardiovascolare o di paraproteina di Waldenstrom o di mieloma multiplo.

Valutazione e gestione del paziente che necessita di esami radiologici con mezzo di contrasto (AsuFc_DRAD_PR_11 Versione n.04 del 27/09/2022)

(…)
5. Responsabilità
L'interazione fra chi richiede l'esame e chi lo esegue costituisce un momento indispensabile dell'atto assistenziale per scegliere la metodica diagnostica adeguata e mettere in atto le misure più adatte per garantire appropriatezza e ridurre il rischio clinico.

(…)
Il Medico prescrittore (Medico di Medicina generale / Pediatra di Libera Scelta / Medico specialista che prescrive la prestazione diagnostica con MDC), sulla base della diagnosi o del sospetto diagnostico:
- propone al paziente l'esecuzione dell'esame diagnostico e fornisce le relative informazioni;
- prescrive la prestazione riportando il quesito clinico;
- riporta i dati clinico-anamnestici per identificare:
  ✓ i fattori di rischio di reazione avversa al MDC, le patologie concomitanti e l'assunzione di farmaci;
  ✓ la presenza di dispositivi medici che condizionano l'esecuzione della risonanza magnetica;
- informa il paziente sulle modalità di preparazione all'esame (digiuno, farmaci da sospendere e/o da assumere prima dell'esame).

Il Medico radiologo, sulla base della valutazione del sospetto diagnostico/ quesito clinico, delle notizie clinico-anamnestiche e del rapporto costo-beneficio più appropriato per il paziente, decide:
- l'indagine da eseguire o la metodica diagnostica meno invasiva, alternativa all'esame prescritto;
- la molecola, la concentrazione, la modalità di somministrazione del MDC.

Inoltre:
- informa il paziente riguardo la scelta della metodica diagnostica, gli eventuali eventi avversi e le modalità per prevenire i rischi di reazioni avverse;
- raccoglie il consenso informato alla somministrazione del MDC;
- redige il referto, riportando le informazioni relative al MDC somministrato.

REGOLAMENTO EUROPEO General Data Protection Regulation n° 679/16
D.Lgs. 101/18 di modifica D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di trattamento dei dati personali"

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Il sottoscritto, Cognome e Nome

Nato a _____ il _____ / _____ /_____

- Per sé

Oppure
Il sottoscritto (indicare Cognome, Nome e data di nascita)

_____

in qualità di:
- Esercente la potestà genitoriale *(allegare documento di identità)*
- Tutore *(allegare documenti certificanti e documento di identità)*
- Curatore *(allegare documenti certificanti e documento di identità)*
- Amministratore di sostegno *(si allegano documenti certificanti/copia decreto di nomina e documento di identità)*
- Legale rappresentante *(si allegano documenti certificanti e documento di identità)*

di Cognome e Nome

Nato a _____ il _____ / _____ /_____

Ricevuta e compresa l'informativa conferita ai sensi dell'art. 13 della normativa vigente;
Preso atto che ai sensi del provvedimento del Garante privacy del 07 marzo 2019 i trattamenti di dati necessari alla prestazione sanitaria richiesta, se effettuata da professionisti sanitari tenuti al segreto professionale o ad obbligo di segretezza, non richiedono consenso dell'interessato che invece risulta necessario per tutti gli altri trattamenti attinenti, solo in senso lato, alla cura, per le seguenti attività:

1) **Trattamento del dossier sanitario interno per le finalità di diagnosi e cura.**
Il trattamento non comprende i dati riguardanti le prestazioni eseguite presso altre strutture pubbliche o private. La negazione del consenso non consente di procedere all'erogazione della prestazione.
[ ] ACCONSENTO **[ ] NON ACCONSENTO**

2) **Comunicazione di dati sanitari a medico esterno (medico di medicina generale o pediatra di libera scelta o altri specialisti) su richiesta e/o in casi di necessità determinati dalle condizioni di salute del paziente.**
[ ] ACCONSENTO **[ ] NON ACCONSENTO**

3) **Invio immagini diagnostiche per la refertazione ad un centro esterno**
Possibilità di invio delle indagini diagnostiche eseguite per via telematica in altra sede per intepretazione e refertazione. L'invio avviene in modalità sicura tramite VPN.
[ ] ACCONSENTO **[ ] NON ACCONSENTO**

4) **Invio campioni biologici a laboratorio esterno**
SaniRad è punto prelievi e si affida a laboratori esteri per l'analisi dei campioni. La negazione del consenso non consente di procedere all'erogazione della prestazione.
[ ] ACCONSENTO **[ ] NON ACCONSENTO**

5) **Attivazione servizi on-line (pubblicazione referti sul portale "referti on-line" del sito internet www.sanirad.it).**
L'accesso al portale avviene attraverso l'utilizzo di credenziali di sicurezza che vengono comunicate nel contesto delle procedure di accettazione. Il servizio comprende l'invio di messaggi di notifica di "referto pronto".
[ ] ACCONSENTO **[ ] NON ACCONSENTO**

6) **Invio promemoria per attività programmate o da programmare e messaggi di notifica (e-mail, sms, posta)**
Il servizio prevede l'invio di messaggi di promemoria per prenotazioni effettuate, da effettuare e l'invio di modulistica relativa alle prestazioni da eseguire

[ ] ACCONSENTO **[ ] NON ACCONSENTO**

7) **Invio di comunicazioni informative sull'attività aziendale (e-mail, sms, posta)**
Le comunicazioni riguarderanno l'avvio di nuove attività, l'inserimento di nuovi professionisti, la pianificazione di giornate di prevenzione o informazioni sull'organizzazione aziendale.

[ ] ACCONSENTO **[ ] NON ACCONSENTO**

8) **Utilizzo firma grafometrica**
La firma grafometrica è un particolare tipo di firma elettronica che si ottiene nel momento in cui l'utente appone la sua firma su un tablet legando i suoi dati biometrici al documento elettronico firmato. L'utilizzo della firma grafometrica consente un'agevole raccolta, conservazione e consultazione delle scelte effettuate dall'utente.

[ ] ACCONSENTO **[ ] NON ACCONSENTO**

Nel caso in cui acconsenta a tale utilizzo dei dati, Le ricordiamo che, ai sensi della normativa vigente in materia di trattamento dei dati, potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento in oggetto, mediante l'invio di una e-mail al seguente indirizzo dpo.privacy@sanirad.it.

In ogni momento potrà inoltre esercitare tutti i diritti di cui al punto "diritti dell'interessato" dell'informativa (tra cui i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e di cancellazione, oblio, portabilità) con comunicazione scritta da inviare al titolare o al DPO agli indirizzi indicati in informativa.

data _____ Firma leggibile _____

Nell'impossibilità da parte dell'utente Cognome e Nome di firmare materialmente per (indicare il motivo) ..... l'operatore incaricato sottoscritto ..... dà atto del comportamento concludente in tal senso da parte dell'utente stesso.

data _____ Firma leggibile dell'operatore _____

MODALITA' DI INVIO REFERTO

Io sottoscritto

(a cura dell'istituto)
apporre l'etichetta con i dati del paziente

Nel caso di minore indicare il nome e cognome
del genitore o di chi ne esercita la patria potestà

Nel caso di incapace di intendere e di volere indicare
il nome e cognome del legale rappresentante

_____
(allegare i documenti che certificano il ruolo di tutore/legale rappresentante)

Consapevole della possibilità di ritirare il referto/certificato presso la sede della struttura e della possibilità di accedere al servizio "referti online" attraverso il sito internet aziendale:

1) SPEDIZIONE IN POSTA ORDINARIA

Autorizzo la saniRad all'invio del solo referto/certificato dell'indagine eseguita in data odierna in posta ordinaria (posta prioritaria) all'indirizzo di seguito riportato (se diverso da quello presente in etichetta) consapevole che la responsabilità del recapito è da attribuire al vettore.

Il sottoscritto dichiara consapevolmente di accettare che il recapito dei suddetti referti clinici avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente al domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.)

INDIRIZZO_____n._____

COMUNE_____CAP _____

Data _____Firma per consenso alla spedizione _____

2) ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DA PARTE DI SOGGETTI TERZI

Autorizzo la saniRad all'invio/consegna del referto/certificato/iconografia dell'indagine eseguita in data odierna a:

a) Medico Curante / Medico Prescrivente_____
b) Associazione Sportiva (delegati) _____
c) Compagnie di Assicurazione (delegati)_____
d) Datore di Lavoro_____
e) Altro_____

consapevole che:

- il consenso da me espresso è valido solo per l'indagine eseguita in data odierna e deve essere riconfermato per le indagini successive.
- l'invio del referto al soggetto terzo non sostituisce l'invio ai miei recapiti.

Indicare di seguito l'indirizzo di posta elettronica del soggetto terzo IN STAMPATELLO LEGGIBILE

Data _____Firma per consenso all'invio/ritiro _____

DELEGA DI PRESENZA ALLA VISITA MEDICA

Io sottoscritto/a .....

[ ] esercente la responsabilità genitoriale sul minore **[ ] rappresentante legale**

del paziente: Cognome ..... Nome .....

Luogo di nascita ..... Data di nascita .....

DELEGO

Il /la Sig. .....

ad essere presente in mia vece alla visita medica a cui mio figlio / rappresentato si sottoporrà.

Data ..... Firma .....

ATTENZIONE:

- Allegare fotocopia di documento di identità valido dell'esercente la patria potestà o del rappresentante legale.
- Esibire tutta la modulistica di consenso informato regolarmente compilata e firmata
- Esibire tutta la documentazione sanitaria di pertinenza della prestazione sanitaria programmata

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER I GENITORI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 – DPR 18/12/2000, n. 445)

Io sottoscritto/a.....
nato/a a ..... il .....
residente a .....
via ..... n .....

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

D I C H I A R O

- di essere genitore del minorenne **Cognome e Nome**

nato a **luogo di nascita** il **data di nascita**

e di esercitare sullo stesso la responsabilità genitoriale ai sensi della L. 154/2013 e artt. 315 e segg. C.C.

Letto, confermato e sottoscritto

Tricesimo data: .....

Il/la dichiarante (firma per esteso leggibile) .....
(*art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa – DPR 445/2000*)

[ ] presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità.