

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 dello stesso esperto in fisica medica a seguito dei quali è 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 "racordo 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 stravasamento 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 1 caso 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 permanente.
- **(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 farmacologica 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?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Grave insufficienza cardio-vascolare?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Grave insufficienza epatica?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Diabete?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Paraproteinemia di Waldenstrom?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Mieloma multiplo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tireotossicosi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ipertensione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Allergie generiche? A cosa?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Asma?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 Ulcigrai Veronica

Dott.ssa Panozzo Myriam
 Dott. Rositani Pasquale

Dott.ssa Cimino Elisa
 Dott.ssa Budai Caterina

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**

**SCHEMA 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		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Asma allergico o allergie pregresse o in atto che hanno richiesto trattamento farmacologico		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Creatinina	<i>valore</i>	<i>data</i>	
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		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Ipertiroidismo clinicamente manifesto		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Gravidanza		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 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 anafilattoidi 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

Informazioni ex art. 13

Gentile Paziente,

La informiamo che, in ottemperanza all'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016, il trattamento dei dati da Lei forniti sarà improntato ai principi di **sicurezza, integrità, correttezza, liceità, trasparenza, adeguatezza, pertinenza, esattezza, limitatezza alle finalità di cui al trattamento (minimizzazione), limitatezza nella conservazione al tempo strettamente necessario ai fini della raccolta, dando così piena tutela ai Suoi diritti.**

A tal fine La informiamo di quanto segue:

Titolari dei dati

saniRad srl - con sede legale in Tricesimo (UD) – via J.F. Kennedy n° 3, **Poliambulatorio via XI febbraio srl** – con sede legale in Tricesimo (UD) – via 11 febbraio n° 27 nelle persone dei rappresentanti legali e **dott. Gian Paolo Degano** - con sede legale in Tricesimo (UD) – via J.F. Kennedy n° 3 **agiscono in contitolarità per il trattamento dei dati afferenti alle strutture/studio di riferimento.**

Data Protection Officer

Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) è contattabile all'indirizzo e-mail dpo.privacy@sanirad.it

Finalità e base giuridica del trattamento

I dati da Lei forniti, ivi compresi quelli c.d. "particolari", ex art. 9 GDPR, verranno utilizzati per le seguenti finalità:

- finalità di prevenzione e tutela della salute (attività di diagnosi, cura);
- attività amministrativo-contabili strettamente connesse e strumentali alle prestazioni erogate e, in generale, alla gestione dei rapporti con il paziente (accettazione, prenotazione di visite ed esami, gestione incassi e pagamenti, etc.);
- finalità di programmazione e gestione dell'attività sanitaria
- condivisione dei dati mediante il dossier sanitario (DS)
- accertamento, esercizio e/o difesa di un diritto nelle sedi competenti
- consegna dei referti con modalità digitali (accesso sul portale web aziendale).

Tutti i dati personali comuni e particolari da Lei comunicati sono trattati dal Titolare sulla base di uno o più dei seguenti presupposti di liceità:

- il Suo consenso;
- l'adempimento di obblighi contrattuali o di legge;
- la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato e/o della collettività;
- l'esercizio di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri.

Modalità del trattamento

I dati personali sono trattati - secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza - con sistemi manuali, informatici e automatizzati. Si precisa, in particolare, che i Suoi dati personali sono oggetto di trattamento da parte di soggetti debitamente incaricati all'assolvimento di tali compiti, costantemente identificati e autorizzati, opportunamente istruiti e resi edotti dei vincoli imposti dalla legge, nonché mediante l'impiego di misure di sicurezza atte a garantire la tutela della sua riservatezza e ad evitare i rischi di perdita o distruzione, di accessi non autorizzati, di trattamenti non consentiti o non conformi alle finalità di cui sopra. Le misure di sicurezza vengono costantemente aggiornate in base allo sviluppo tecnologico.

Firma grafometrica

Il consenso al trattamento dei dati, per le casistiche previste dal provvedimento del Garante Privacy n° 55 del 07/03/2019, può essere raccolto utilizzando il sistema della firma grafometrica. Trattasi di una firma elettronica avanzata che consiste nella rilevazione dei dati biometrici del paziente nel momento in cui appone la sua firma su un tablet collegato al database interno legando gli stessi indissolubilmente al documento elettronico che ne scaturisce, con le scelte effettuate. La firma grafometrica raccolta non va a costituire banche dati e viene conservata digitalmente su documento elettronico solo allo scopo di rispettare le scelte apposte in materia di trattamento dei dati.

Natura obbligatoria del conferimento dei dati

Il conferimento dei dati ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie è obbligatorio. Il rifiuto di fornire i dati richiesti per le finalità di cui alle lett. a), b), c), e), comporta l'impossibilità, per il Titolare, di erogare la prestazione richiesta. Il rifiuto di fornire i dati richiesti per le finalità di cui alla lett. d), comporta l'impossibilità per i professionisti operanti in Azienda, diversi da quelli che hanno prodotto i dati relativi agli eventi clinici, di avere accesso alla Sua storia clinica. Il rifiuto di fornire i dati richiesti per le finalità di cui alla lett. f), comporta l'impossibilità per l'Azienda di fornire i referti per il tramite dei canali digitali.

Ambito di comunicazione dei dati

Nello svolgimento della propria attività e per il solo perseguimento delle finalità sopra esplicitate, il Titolare potrebbe comunicare i Suoi dati personali, anche riguardanti il Suo stato di salute a:

- enti sanitari e ospedalieri pubblici e privati, enti del servizio sanitario regionale e nazionale;
- enti previdenziali;
- soggetti terzi destinatari per legge o per regolamento;
- fornitori di servizi strettamente correlati e funzionali alle attività del Titolare, i quali opereranno in qualità di titolari autonomi o responsabili del trattamento, ex art. 28 GDPR;
- tutti i soggetti non rientranti nelle categorie sopra riportate per i quali esiste un obbligo legale di comunicazione o altri soggetti di cui si acquisiscono specifiche autorizzazioni in caso di richiesta;
- altri soggetti autorizzati dall'Interessato a ricevere la comunicazione dei dati sanitari.

I dati non saranno oggetto di diffusione, fatta salva l'ipotesi in cui la stessa sia richiesta da pubbliche autorità per finalità di difesa, sicurezza dello Stato, prevenzione, accertamento o repressione di reati.

Qualora il trattamento dei dati comportasse il trasferimento verso un paese extra-UE o un'Organizzazione internazionale, saranno applicate le garanzie previste dall'art. 46 del GDPR.

Periodo di conservazione dei dati

Il Titolare rende noto che i dati personali dell'Interessato, oggetto del trattamento, saranno trattati per il solo periodo di tempo necessario al raggiungimento delle finalità espresse, dopodiché verranno conservati unicamente in esecuzione degli obblighi di legge vigenti in materia, nel rispetto dei tempi di conservazione previsti dalle normative e applicabili.

Per i trattamenti basati sul consenso si specifica che l'Utente ha il diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento.

Processo decisionale automatizzato/profilazione

I dati non sono sottoposti a processi decisionali automatizzati, così come disposto dall'art. 22 del GDPR.

Diritti dell'interessato

A ciascun interessato al trattamento, sono garantiti i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR, consistenti essenzialmente nel diritto di:

- ricevere informazioni in merito all'esistenza o meno del trattamento dei suoi dati personali,
- accedere ai propri dati e chiederne copia
- ottenere l'aggiornamento, la rettifica e/o l'integrazione ove inesatti o incompleti
- ottenere la cancellazione
- ottenere la limitazione del trattamento
- opporsi al trattamento.

A ciascun interessato inoltre è riconosciuto il diritto alla portabilità dei dati, ossia riceverli in un formato strutturato di uso comune e leggibile o ottenerne la trasmissione diretta ad altro titolare, il diritto a proporre reclamo alle autorità di controllo competenti, alle condizioni e nei limiti indicati all'art. 13 del GDPR.

Per esercitare i suddetti diritti, gli Interessati possono inviare una richiesta scritta ai CoTitolari, all'indirizzo mail: sanirad@sanirad.it oppure al Data Protection Officer (DPO), all'indirizzo e-mail: dpo.privacy@sanirad.it.

Con riferimento al **Dossier Sanitario (DS)** può esercitare i seguenti diritti:

- prestare il consenso alla condivisione degli eventi clinici effettuati in azienda, con tutti i professionisti sanitari in essa operanti
- non prestare il consenso alla condivisione degli eventi clinici effettuati in azienda a professionisti diversi da quelli che li hanno prodotti (oscuramento). In tal caso verrà oscurato anche l'oscuramento (i soggetti autorizzati all'accesso non verranno a conoscenza dell'oscuramento)
- chiedere di visionare gli accessi effettuati alla propria storia clinica.

Consenso e revoca del consenso possono sempre essere revocati.

Revoca del consenso

Lei ha diritto di revocare il consenso in ogni momento senza pregiudicare la liceità del trattamento prestato prima della revoca.

Tutela dei diritti

I Suoi diritti potranno essere fatti valere con reclamo all'Autorità del Garante Privacy (<http://www.garanteprivacy.it>) o con ricorso all'autorità giudiziaria ordinaria.

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 responsabilità 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 interpretazione 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 leggendo 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 responsabilità genitoriale

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 avvenga 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 eventualmente 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,

DICHIARO

- di essere genitore del minore **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.