

ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO

Sintesi Informativa

Gentile paziente Sig./Sig.ra:

apporre l'etichetta con i dati del paziente

DI COSA SI TRATTA

Questa metodica è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti (raggi X) o sostanze radioattive bensì un campo magnetico e radiofrequenze. La Risonanza Magnetica di base si configura come un esame diagnostico non invasivo e, in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza.

Tuttavia è prudente non effettuare l'esame RMN durante il primo trimestre di gravidanza.

COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene sdraiato sul lettino dell'apparecchiatura e, in relazione al tipo di organo da studiare, vengono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare, che non provocano dolore o fastidio. Durante l'esame sentirà dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Per tutto il tempo è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente. Le condizioni di illuminazione e ventilazione sono regolate per assicurare il massimo comfort possibile. Il tempo necessario all'esecuzione dell'esame (in media 40 min), può prolungarsi in rapporto alla valutazione di vari parametri. Le sarà possibile in ogni momento comunicare con l'operatore.

Durante questo esame RMN è prevista la perfusione del mezzo di contrasto paramagnetico attraverso la vena di un braccio. Il mezzo di contrasto è un liquido che permette una migliore visualizzazione degli organi sottoposti all'indagine.

EVENTUALI COMPLICANZE

Raramente, durante l'esecuzione di una Risonanza Magnetica, possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, 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. A volte può verificarsi 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 creatinemia recente (eseguito negli ultimi 3 mesi).

Le chiederemo di rispondere ad alcune domande necessarie a escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

E' importante sapere che la Risonanza Magnetica impiega un intenso campo magnetico che esercita (come una calamita) forze attrattive sui materiali ferro-magnetici che Lei può avere con sé o nel Suo corpo.

PER EFFETTUARE L'ESAME NELLA MASSIMA SICUREZZA, LE RACCOMANDIAMO PERTANTO QUANTO SEGUE:

- **togliere tutti gli oggetti metallici** (fermagli per capelli, occhiali, gioielli, penne, orologi, carte di credito o comunque supporti magnetici, monete, abiti con cerniere lampo e/o bottoni e/o ganci metallici, cinture, ecc.);
- **togliere le protesi mobili** (apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, cintura sanitaria, lenti a contatto...);
- **indossare biancheria intima di cotone;**
- **indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio;**
- **utilizzare la cuffia o i tappi auricolari forniti dal personale di servizio;**
- **portare tutta la documentazione precedente** (clinica, laboratoristica e radiologica) inerente all'esame.

Si raccomanda di evitare il trucco del viso e la lacca per i capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini.

Alle pazienti portatrici di dispositivo intra-uterino si consiglia visita ginecologica di controllo per verifica del corretto posizionamento dello stesso in seguito all'esame.

L'esame può rovinare i tatuaggi eventualmente presenti sulla pelle.

Questionario Anamnestico

Nel questionario che segue, Le vengono poste domande sul suo stato di salute, in modo da garantire l'espletamento dell'esame di RM 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.

Ha subito interventi chirurgici su:	<input type="checkbox"/> testa	<input type="checkbox"/> addome	<input type="checkbox"/> collo		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> estremità	<input type="checkbox"/> torace	<input type="checkbox"/> altro			
E' in stato di gravidanza?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' PORTATORE/PORTATRICE DI:						
Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Defibrillatori impiantati?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Derivazione spinale o ventricolare?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello, subdurali o altri tipi di stimolatori?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Catetere spinale o ventricolare (in pazienti affetti da idrocefalo)?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Schegge o frammenti metallici (in particolare negli occhi) dovuti a incidenti stradali, di caccia o in seguito ad esplosioni o dovuti all'attività lavorativa?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.) come viti, chiodi, fili..					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Clips (punti metallici) su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Valvole cardiache? Stents?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Distrattori (protesi) della colonna vertebrale?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Spirali intrauterine (IUD)?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Protesi dentarie fisse o mobili?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Protesi del cristallino?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Lenti a contatto?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cerotti transdermici?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Piercing? Localizzazione					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tatuaggi? Localizzazione					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Attualmente sta allattando?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Soffre di claustrofobia?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha mai sofferto o soffre di crisi epilettiche?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' a conoscenza di essere affetto da anemia falciforme?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A sua conoscenza, è affetto da forme allergiche? Quali?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI RISONANZA MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari autorizza l'esecuzione dell'indagine RM

Tricesimo, **Data**

Il medico responsabile della prestazione: Firma

Dott. Degano Gian Paolo

Dott. Rositani Pasquale

Dott.ssa Ulcigrai Veronica

Dott.ssa Cimino Elisa

Dott.ssa Facca Donatella

Dott. Shariat Razavi Iradj

Dott. Patruno Francesco

Dott.ssa Panozzo Myriam

Dott.ssa De Serio Isabella

Io sottoscritto 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. Ho risposto al questionario in maniera precisa e veritiera, ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

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.

Io paziente, Cognome e Nome Nato a in data

Oppure

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

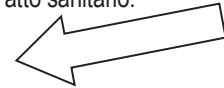
in qualità di: Esercente la potestà genitoriale Tutore Amministratore di sostegno Legale rappresentante

Recepito le informazioni ricevute **ACCONSENTO** **NON ACCONSENTO**
all'effettuazione DELL'ESAME RMN CON MEZZO DI CONTRASTO

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

Tricesimo, **Data**

Firma



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 della prestazione _____

!! IMPORTANTE !!

ASUIUD in data 03/06/2019 ha redatto il documento "Valutazione e gestione del paziente che necessita di esami radiologici con mezzo di contrasto" revisione n. 03 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 DELL'ESIBIZIONE**

SCHEDA CLINICO-ANAMNESTICA PER INDAGINE DIAGNOSTICA RADIOLOGICA CON MEZZI DI CONTRASTO ORGANOIODATI E PARAMAGNETICI per via parenterale/endocavitaria, ECOGRAFICI E BARITATI

(ai sensi della Circolare Ministeriale del 17.09.1997)

Cognome e nome dell'assistito		Data di nascita
Provenienza	<input type="checkbox"/> Utente esterno <input type="checkbox"/> Utente degente presso la SOC.....	
Indagine proposta (specificare il distretto corporeo)	<input type="checkbox"/> TC	
	<input type="checkbox"/> RM	
	<input type="checkbox"/> Angiografia	
	<input type="checkbox"/> Ecografia	
	<input type="checkbox"/> Urografia	
<input type="checkbox"/> Altro (descrivere).....		
Indagine proposta da	
Motivazione clinica /sospetto diagnostico	

Valutazione clinico-anamnestica dell'assistito/a

		Se si, procedere come indicato
Precedenti reazioni a farmaci che hanno richiesto trattamento medico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si. Quali farmaci?
Ultimo esame con MDC eseguito in data		
reazione avversa grave a MdC non noto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si - per via orale prednisone 50 mg (o metilprednisolone 32 mg), somministrato per via orale 13, 7 e 1 ora prima dell'esame più antistaminico (oxatomide 30 mg) 1 ora prima dell'esame; - oppure per via intramuscolare o endovenosa metilprednisolone 40 mg 13, 7 e 1 ora prima dell'esame più clorfenamina 10 mg 1 ora prima dell'esame. (Rif. Documento di Consenso SIRM SIAAIC Aprile 2018).
anamnesi positiva per reazione avversa grave a MdC o che debbano effettuare un esame in urgenza orticaria in atto o asma bronchiale sintomatico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si se possibile rimandare l'esame fino alla stabilizzazione del quadro clinico in alternativa utilizzare la premedicazione rapida per via endovenosa con bolo di idrocortisone 200 mg. 2 ore prima dell'esame più clorfenamina 10 mg, 30 minuti prima

		Se si, procedere come indicato
Angioedema ricorrente - Mastocitosi - Pregressa anafilassi idiopatica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si - per via orale con prednisone 50 mg (o metilprednisolone 32 mg) 12 e 2 ore prima dell'esame più antistaminico (oxatomide 30 mg) 1 ora prima dell'esame - oppure per via intramuscolare o endovenosa con metilprednisolone 40 mg 12 e 2 ore prima dell'esame più clorfenamina 10 mg 1 ora prima dell'esame cui aggiungere montelukast sodico 10 mg.
valutare eGFR (creatinina <3 mesi prima dell'esame con MDC) 45 ≤ eGFR ≤ 60 mL/min prima della somministrazione intra-arteriosa del MDC con esposizione renale al primo passaggio o in pazienti in terapia intensiva. 30 ≤ eGFR ≤ 60 mL/min prima della somministrazione endovenosa del MDC o della somministrazione intra-arteriosa renale al secondo passaggio.		Idratare per via orale il paziente : <ul style="list-style-type: none"> ○ due giorni prima dell'esame : bere almeno due litri di acqua o tisane al giorno in modo da garantire una diuresi di circa 1500 ml al giorno (almeno 5 minzioni abbondanti) ○ il giorno dell'esame : bere 1 litro prima della procedura e nel corso della giornata bere almeno 2 litri d'acqua o tisane in modo da garantire una diuresi di circa 1500 ml nella giornata.
valutare eGFR (creatinina <3 mesi prima dell'esame con MDC) Se eGFR <45 ml/min/1.73 m ² prima della somministrazione intra-arteriosa del MDC con esposizione renale al primo passaggio o in pazienti in terapia intensiva Se eGFR <30ml/min/1.73m ² prima della somministrazione endovenosa del MDC o della somministrazione intra-arteriosa con esposizione renale al secondo passaggio Se insufficienza renale acuta nota o sospetta		Idratare per via endovenosa il paziente con: soluzione salina isotonica per via endovenosa 1.0-1.5 ml/kg di peso corporeo per ora, per almeno 1 ora prima e 4-6 ore dopo la procedura diagnostica; in alternativa: bicarbonato di sodio (154 mEq/l in glucosata al 5%) per via endovenosa, 3 ml/kg/h per 1 ora prima della somministrazione del MDC e 1 ml/kg/h per 4-6 ore dopo; in caso di esami da effettuare in regime di urgenza iniziare l'idratazione per via endovenosa al più presto
Recente assunzione di farmaci nefrotossici	<input type="checkbox"/> Biguanidi (Metformina)	La sospensione del farmaco prima dell'esame con MDC è subordinata al valore del eGFR (se <u>≤ 30ml/min</u> sospendere 48 ore prima dell'esame con MDC). Riprendere l'assunzione 48 ore dopo l'esame contrastografico, se il valore del eGFR è invariato rispetto al valore precedente la procedura.
	<input type="checkbox"/> ACEinibitori	Valutare l'opportunità di sospendere temporaneamente la somministrazione di farmaci nefrotossici, in considerazione delle condizioni cliniche del paziente e del trattamento farmacologico in atto.
	<input type="checkbox"/> aminoglicosidi	
	<input type="checkbox"/> b-bloccanti	

		Se si, procedere come indicato
	<input type="checkbox"/> ciclosporina <input type="checkbox"/> cisplatino <input type="checkbox"/> FANS <input type="checkbox"/> Interleukina <input type="checkbox"/> sartani	
Insufficienza cardiaca	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Ipertiroidismo clinicamente manifesto, malattia di Graves, gozzo multinodulare in pazienti anziani e carenza di iodio	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si Nei pz con ipertiroidismo clinicamente manifesto è controindicato il MDC iodato
Tumori produttori di catecolamine (feocromocitoma, paraganglioma)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Mieloma multiplo, paraproteinemia di Waldenstrom	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Gravidanza	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Allattamento	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si Prevedere eventuale sospensione dell'allattamento per 24 ore dopo l'esame in caso di impiego di MDC a base di gadolinio ad alto rischio (vedi documento di Area Vasta "Valutazione e gestione del paziente che necessita di esami radiologici con mezzo di contrasto")
Note:		

INDICAZIONI PER L'ASSISTITO/A CHE EFFETTUA L'ESAME RADIOLOGICO CON MEZZO DI CONTRASTO

<p style="text-align: center;">FARMACI DA ASSUMERE PRIMA DELL'ESAME</p> <p>Specificare farmaco, dose e orari di assunzione</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p style="text-align: center;">FARMACI DA SOSPENDERE PRIMA DELL'ESAME</p> <p>Specificare farmaco e periodo di sospensione</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p style="text-align: center;">ALTRE INDICAZIONI PER L'ASSISTITO/A</p>	<p>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, <u>se non espressamente indicato</u>.</p> <p>Presentarsi all'esame con la documentazione sanitaria precedente e questo modulo compilato.</p> <p>Altre indicazioni.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Data.....

Firma dell'assistito/a

Timbro e firma del Medico prescrittore

**INFORMAZIONI PRELIMINARI
 ALL'ESECUZIONE DI RISONANZA MAGNETICA SENZA O CON MDC
 DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO PRESCRITTORE**

Cognome e nome dell'assistito/a	Data di nascita
Stato di gravidanza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
L'assistito/a è portatore/portatrice di:	
Pace-maker o altri tipi di stimolatori	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Valvole cardiache o stent	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Clips vascolari	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pompe di infusione di farmaci	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Impianti cocleari	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Elettrodi intra-cerebrali o sub-durali	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Derivazioni spinali o ventricolari	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Protesi metalliche ortopediche	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Corpi estranei metallici endocorporei (es. schegge, proiettili, ecc.)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dispositivi intrauterini	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
.....	

In caso di risposta positiva, il medico prescrittore può contattare preventivamente la Struttura di Radiologia per valutare se si tratti di una controindicazione assoluta o relativa all'esecuzione della RM, in base alla descrizione tecnica del dispositivo riportata nella documentazione clinica.

<i>Azienda/struttura privata accreditata</i>	<i>Struttura</i>	<i>Recapito telefonico</i>
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine	Diagnostica Angiografica e Radiologia Interventistica	Tel. 0432 552882
	Istituto di Radiologia Diagnostica	Tel. 0432 559621
	Neuroradiologia	Tel. 0432 552873
	Radiodiagnostica d'Urgenza ed Emergenza	Tel. 0432 552873/2881/4780
	Centro Risonanza Magnetica	Tel. 0432.552879
A.A.S. 3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli"	Radiologia dell'Ospedale di Tolmezzo	Tel. 0433 488253
	Radiologia dell'Ospedale di San Daniele	Tel.0432 949449
Casa di Cura "Città di Udine"	Servizio di diagnostica per immagini	Tel. 0432 239329
Istituto di Diagnostica Radiologica IMAGO – Via Stiria - Udine		Tel. 0432 526209
Sanirad , via J.F. Kennedy, 3 Tricesimo (UD)		Tel. 0432 854123 – 0432 851321
Centro Medico Università Castrense Via Fratel Bigotto, 4 - San Giorgio di Nogaro (UD)		Tel. 0431 620990
Radiologia Cervignanese Via Demanio, 6 - Cervignano del Friuli (UD)		Tel 0431 373116

Data _____

Firma dell'assistito/a

Timbro e firma del Medico prescrittore

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 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 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 noreply@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 _____

DELEGA DI PRESENZA ALLA VISITA MEDICA

Io sottoscritto/a

 esercente la patria potestà 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.