

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO DELL'U.E. n.679/2016 (GDPR) E DEL "CODICE IN MATERIA DEI DATI PERSONALI"

Luogo: _____ Data: _____

Il Sottoscritto*: _____

☐ in qualità di esercente la podestà (Padre/Madre) sul Paziente** Minore: _____

• Carta Identità Esercente la podestà, n.: _____

☐ in qualità di Tutore del Paziente**: _____

• Carta Identità del Tutore, n: _____

DATI DEL PAZIENTE**

Nato a: _____ (____), il _____

Codice Fiscale del Paziente:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente a: _____ (____), CAP _____ Via _____ n° _____

Ospite Presso: _____

CELL./TEL. : _____ E-MAIL : _____

dichiara di aver ricevuto:

- ogni informazione sul trattamento dei dati personali comuni e particolari **per finalità di diagnosi** ai sensi dell'art. 13 Reg. Europeo n. 679/2016, come da Informativa esposta all'ingresso dello studio radiologico ovvero consegnatami e qui allegata (nel caso di esami diagnostici a domicilio);
- ogni informazione specifica sul trattamento dei dati personali comuni e particolari **per finalità di refertazione on-line** (a scelta facoltativa dell'interessato) mediante invio alla casella di posta elettronica del paziente interessato o consegna di referto su supporto elettronico, ai sensi dell'art. 13 Reg. Europeo n. 679/2016, come da Informativa esposta all'ingresso dello studio radiologico ovvero consegnatami e qui allegata (nel caso di esami diagnostici a domicilio)

Le categorie particolari di dati – tra cui rientrano quelli sulla salute – sono trattate dal Dott. Andrea Bricolo, professionista sanitario soggetto al segreto professionale o da altro soggetto esercente professione sanitaria designato, istruito e formato dal Titolare e soggetto all'obbligo di segretezza

Firma dell'Interessato*: _____

☐ Ai sensi del DPCM 08.08.2013 esprimo il mio consenso informato per l'invio del referto diagnostico on-line:

- mediante e-mail al mio indirizzo di posta elettronica e/o a quello del Medico Richiedente l'esame riferibile a questo consenso;
- mediante consegna del referto su supporto elettronico.

Il servizio di refertazione on-line è facoltativo e il mancato consenso non preclude in alcun modo la possibilità di accedere alla prestazione diagnostica richiesta.

Firma dell'Interessato*: _____

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RADIOLOGICO CONVENZIONALE (RX)

INDICAZIONE CLINICA: ☐ vedi indicazione allegata del Medico curante.

INDICAZIONE CLINICA DEL MEDICO RADIOLOGO: _____

Firma del Medico Radiologo: _____

COS' E'

È un'indagine che utilizza i Raggi X (radiazioni ionizzanti) per studiare diverse strutture anatomiche (ossa, articolazioni, polmoni). Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica e giustificante, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

A COSA SERVE

L'esame RX viene utilizzato come prima indagine nei sospetti diagnostici riguardanti gli apparati respiratorio, osteoarticolare ed in alcune patologie addominali, la densità ossea (DXA), oppure per la valutazione dell'età ossea nei Bambini.

COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene posizionato sull'apparecchio radiologico secondo le posizioni e i decubiti previsti per lo studio del distretto in esame. Durante l'esecuzione il paziente è invitato a mantenere l'immobilità ed in alcuni casi a trattenere il respiro.

COSA PUO' SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Al di là del rischio collegabile all'esposizione ai Raggi X non esistono complicanze legate all'esecuzione dell'esame.

Preso atto delle informazioni fornite in questo modulo il Paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al Medico radiologo.

Informato/a dal Medico sul tipo di indagine da eseguire e precisamente Esame Radiologico Convenzionale (RX e/o DXA).

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi relativi (riferibili all'esposizione ai Raggi X) di eventuali danni per la salute (temporanei/permanenti) e per la vita.

Presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

☐ **accetto l'indagine proposta** ☐ **rifiuto l'indagine proposta**

Data _____ Firma del Paziente* _____

PER LE DONNE IN ETÀ FERTILE

DICHIARO di NON TROVarmi IN STATO DI GRAVIDANZA - certa o presunta -

Data _____ Firma della Paziente* _____

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico valuterà altre possibili procedure diagnostiche che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.