

MODELLO INFORMATIVO E CONSENSO AD ESECUZIONE DI ESAME IN TELEGESTIONE E DIAGNOSTICA DOMICILIARE

Gentile Signora/re,

il Suo medico curante Le ha richiesto di sottoporsi alla esecuzione di un esame radiologico, per cui, prima di effettuarlo, è necessario che Lei legga le seguenti avvertenze e provveda alla compilazione del presente questionario.

MODELLO INFORMATIVO ESAME DI RADIOLOGIA TRADIZIONALE
COS'E' ED A COSA SERVE

E' 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, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso. L'esame RX viene utilizzato come prima indagine nel sospetto diagnostico delle patologie dell'apparato respiratorio, osteoarticolare ed in alcune patologie addominali.

COME SI EFFETTUA - EVENTUALI COMPLICANZE

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. Non esistono complicanze legate all'esame.

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

Prima dell'esame non occorre alcuna preparazione. E' opportuno liberarsi di oggetti metallici e/o monili. Questi potrebbero inficiare il risultato dell'esame. Se le informazioni riportate in questo foglio le risultassero poco comprensibili o avesse dubbi in proposito, si rivolga con fiducia al personale addetto all'esecuzione dell'indagine richiesta, che le fornirà ogni possibile ulteriore chiarimento o informazione.

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto Sig/ra _____ ho preso visione delle informazioni relative alla procedura radiologica proposta ed ho ricevuto in proposito risposte chiare di esaurienti ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi, che nel mio caso specifico mi sono stati adeguatamente illustrati. Mi è stato comunicato che sono state comunque predisposte tutte le idonee misure e precauzioni per prevenire e/o fronteggiare ogni eventuale complicanza.

Pertanto dichiaro di:

PER LA DONNA : STATO DI GRAVIDANZA

o Acconsentire allo svolgimento dell'indagine.

o SI

o Non acconsentire allo svolgimento dell'indagine.

o NO

Autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Gentile Signora/e,

desideriamo informarla che lo svolgimento delle prestazioni sanitarie direttamente e/o indirettamente a gestione digitale o in forma di Teleconsulenza o Telemedicina comporta il trattamento, cioè l'utilizzo, dei Suoi dati personali (dati anagrafici, recapito, codice fiscale, ecc.) e sensibili (informazioni sullo stato di salute). Tali informazioni, indispensabili per erogare la prestazione, sono utilizzate nel rispetto del segreto professionale d'ufficio secondo i principi della normativa in materia di protezione dei dati personali. D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 (codice privacy) e Regolamento UE 2016/679. I suoi dati di natura personale e sensibile verranno trattati nei limiti di legge consentiti, per l'esecuzione delle prestazioni sanitarie. In nessun caso i dati di natura sensibile saranno oggetto di diffusione e comunicazione a terzi non autorizzati e potranno essere trattati - con le dovute misure di protezione - dai soli soggetti autorizzati per quanto di loro rispettiva e specifica competenza, pertanto la informiamo che:

- 1) I dati da Lei liberamente forniti verranno trattati per le sole finalità connesse alle attività di Radiodiagnostica;
- 2) I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione a soggetti non autorizzati;
- 3) L'utente può in qualunque momento esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15 (Diritto di Accesso), 16 (Diritto di rettifica), 17 (Diritto alla cancellazione), 18 (Diritto alla limitazione), 20 (Diritto alla portabilità del dato) e 21 (Diritto di opposizione) del Regolamento, mediante una richiesta scritta al Responsabile del Trattamento.
- 4) Il titolare del trattamento è il Direttore Generale ASL Frosinone;
- 5) Il responsabile della protezione dei dati / DPO è il Dott. Carlo Baldesi;
- 6) I suoi dati personali verranno conservati per il tempo necessario per assolvere alla finalità del trattamento;

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Acquisite tutte le informazioni, si presta il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali, per i fini indicati nella suddetta informativa

Autorizzo L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Frosinone

- | | | |
|---|----|----|
| - A trattare i miei dati di salute, relativi alla prestazione effettuate in data odierna | SI | NO |
| - A rendere disponibile l'esame ai Medici Radiologi dell'ASL Frosinone | | |
| - che provvederanno alla refertazione | SI | NO |
| - A rendere disponibile l'esame ed il referto ai Medici delle altre Aziende Sanitarie che si occupano e si occuperanno anche in futuro della mia salute | SI | NO |

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.), si dichiara altresì, sotto la propria responsabilità:

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna ed adottate ai sensi degli artt. 1 e 2 del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19 e succ.;
- di essere a conoscenza delle ulteriori limitazioni disposte con provvedimenti del Presidente della Regione Lazio
- di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 4 del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19.

Cognome _____ Nome _____ Nato/a _____ il _____

Data _____ Firma per esteso del Paziente o del Titolare del consenso _____

Nel caso di Assistiti Minori, Interdetti o sottoposti ad Amministrazione di Sostegno, il consenso è validamente espresso dal/dai seguente/i soggetto/i legittimato/i.

Sig/ra _____ Nata/o a _____ il _____

In qualità di _____ Firma _____

Datipaziente: Via/numero _____ Località/Comune _____ Piano degenza/abitazione _____ Ascensore (si/no) _____

Peso Paziente kg. _____ (se maggiore di 100 Kg. solo esami degli arti) Recapiti telefonici paziente/familiari/tutore _____

Questo modulo va inviato a mezzo fax (0776/8294107) o per mail (rx.domiciliare@aslfrosinone.it) e consegnato in originale, assieme all'impegnativa, al personale che esegue l'esame.

**INFORMATIVA PRIVACY E RICHIESTA CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI
(ART. 13 DEL D.LGS 30 GIUGNO 2003, N. 196 E REGOLAMENTO UE 2016/679)
PRESTAZIONI DI ECOGRAFIA DOMICILIARE**

Gentile Signora/e, desideriamo informarLa che lo svolgimento delle prestazioni sanitarie direttamente e/o indirettamente a gestione digitale o in forma di Teleconsulenza o Telemedicina comporta il trattamento, cioè l'utilizzo, dei Suoi dati personali (dati anagrafici, recapito, codice fiscale, ecc.) e sensibili (informazioni sullo stato di salute). Tali informazioni, indispensabili per erogare la prestazione, sono utilizzate nel rispetto del segreto professionale d'ufficio secondo i principi della normativa in materia di protezione dei dati personali. D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 (codice privacy) e Regolamento UE 2016/679. I suoi dati di natura personale e sensibile verranno trattati nei limiti di legge consentiti, per l'esecuzione delle prestazioni sanitarie. In nessun caso i dati di natura sensibile saranno oggetto di diffusione e comunicazione a terzi non autorizzati e potranno essere trattati – con le dovute misure di protezione – dai soli soggetti autorizzati per quanto di loro rispettiva e specifica competenza., pertanto la informiamo che:

- 1) I dati da Lei liberamente forniti verranno trattati per **le sole finalità** connesse alle **attività di Radiodiagnostica**;
- 2) I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, ne saranno oggetto di diffusione a soggetti non autorizzati;
- 3) L'utente può in qualunque momento esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15 (Diritto di Accesso), 16 (Diritto di rettifica), 17 (Diritto alla cancellazione), 18 (Diritto alla limitazione), 20 (Diritto alla portabilità del dato) e 21 (Diritto di opposizione) del Regolamento, mediante una richiesta scritta al Responsabile del Trattamento.
- 4) Il titolare del trattamento è il Direttore Generale ASL Frosinone;
- 5) Il responsabile della protezione dei dati / DPO è il Dott. Carlo Baldesi;
- 6) I suoi dati personali verranno conservati per il tempo necessario per assolvere alla finalità del trattamento;

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Acquisite tutte le informazioni, si presta il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali, per i fini indicati nella suddetta informativa

Autorizzo L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Frosinone

- | | | |
|--|----|----|
| - A trattare i miei dati di salute, relativi alla prestazione effettuate in data odierna | SI | NO |
| - A rendere disponibile l'esame ai Medici Radiologi dell'ASL Frosinone
che provvederanno alla refertazione | SI | NO |
| - A rendere disponibile l'esame ed il referto ai Medici delle altre Aziende Sanitarie che si occupano
e si occuperanno anche in futuro della mia salute | SI | NO |

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.), si dichiara altresì, sotto la propria responsabilità:

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna ed adottate ai sensi degli artt. 1 e 2 del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19 e succ.;
- di essere a conoscenza delle ulteriori limitazioni disposte con provvedimenti del Presidente della Regione Lazio
- di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 4 del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19.

Cognome _____ Nome _____ Nato/a _____ il _____

Data _____ Firma per esteso del Paziente o del Titolare del consenso _____

Nel caso di Assistenti Minori, Interdetti o sottoposti ad Amministrazione di Sostegno, il consenso è validamente espresso dal/dai seguente/i soggetto/i legittimato/i.

Sig/ra _____ Nata/o a _____ il _____

In qualità di _____ Firma _____

Dati paziente: Via/numero _____ Località/Comune _____

Piano degenza/abitazione _____ Ascensore (si/no) _____ Recapiti telefonici paziente/familiari/tutore _____

Questo modulo va inviato a mezzo fax (0776/8294118) o per mail (rx.domiciliare@aslfrosinone.it) e consegnato in originale, assieme all'impegnativa, al personale che esegue l'esame.

SCHEMA DI PREPARAZIONE PER L'ESECUZIONE DELL'ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE:**IL GIORNO PRIMA DELL'ESAME**

EVITARE i seguenti alimenti: frutta, verdura, legumi, pane, brodo di carne, bevande gassate.

Consumare preferibilmente ed in modesta quantità :

Carni magre (vitello, vitellone, pollo, tacchino) cotte senza aggiunte di grassi,

Formaggi magri,

Pesce bollito,

Uova non fritte,

Prosciutto cotto,

Patate lesse condite con poco olio,

Grissini (non integrali),

Fette biscottate (non integrali).

IL GIORNO DELL'ESAME

MANTENERE IL DIGIUNO nelle sei ore precedenti.

NON FUMARE nelle due ore precedenti.

Eventualmente a colazione prendere un the zuccherato e qualche fetta biscottata.

EVITARE assolutamente latte e succhi di frutta.

**SCHEMA DI PREPARAZIONE PER L'ESECUZIONE DELLA
ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE E DELL'APPARATO URINARIO**

Per un miglior risultato diagnostico si prega di attenersi alle seguenti istruzioni:

Bere abbondante quantità (almeno 1 litro) di liquidi non gassati (acqua, thé, camomilla) almeno un'ora prima dell'esame e presentarsi a vescica piena (per i pazienti portatori di catetere vescicale risulta necessario chiudere il catetere).

**SCHEMA DI PREPARAZIONE PER L'ESECUZIONE DELLA
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO**

Per un miglior risultato diagnostico si prega di attenersi alle istruzioni date sia per l'esecuzione dell'ecografia dell'addome superiore sia per l'esecuzione dell'ecografia dell'addome inferiore.