

MODULO ACQUISIZIONE CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a.....

dichiaro di essere stato/a informato/a dal Dott./Prof

.....
in modo chiaro, comprensibile ed esaustivo, con adeguato anticipo, mediante colloquio e consegna di materiale informativo, sulla natura e sullo stato dell'attuale quadro clinico, nonché sulla conseguente indicazione ad eseguire la seguente procedura:

.....
In relazione alla specifica procedura proposta mi sono state fornite ulteriori informazioni tra cui quelle contenute nell'opuscolo informativo allegato, del quale mi è stata anche consegnata copia e che è parte integrante del presente documento di consenso.

Dichiaro, in particolare, di essere stato informato/a riguardo a:

- assoluta necessità del digiuno (*almeno 6 ore per i solidi e 2 ore per i liquidi*)
- adempimenti preliminari, modalità di svolgimento, tempi della procedura
- tipologia e organizzazione della struttura sanitaria, con eventuale collaborazione/partecipazione attiva di personale in formazione, con l'assistenza di tutor, e/o di specialisti già formati ed eventuali carenze/inefficienze di tipo transitorio
..... (specificare)
- eventuale necessità di metodiche integrative diagnostiche e/o terapeutiche
- possibile evoluzione della malattia/quadro clinico in caso di rifiuto della procedura
- in ordine alle complicanze, mortalità, controindicazioni e principi di tecnica, mi è stata fornita ampia e specifica informazione, nonché consegnato l'opuscolo allegato che tale informazione riassume e illustra. Mi è stato anche spiegato che le percentuali riportate aumentano in relazione a particolare complessità anatomica o a situazioni cliniche particolarmente critiche.

ADESIONE ALLA PROCEDURA

LETTO E COMPRESO TUTTO QUANTO PRECEDE,
ACCETTO DI ESSERE SOTTOPOSTO ALLA PROCEDURA PROPOSTA INCLUSA OGNI
MANOVRA CONNESSA E COMPLEMENTARE

Data..... Firma del paziente.....

Data..... Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale o del tutore/curatore/
amministratore di sostegno/legale rappresentante

Data..... Firma dell'eventuale testimone.....

Data Firma dell'interprete (il quale attesta di aver ricevuto tutte le informazioni di cui
sopra e di averle trasmesse al paziente)

SEDAZIONE

Acconsento a essere sottoposto a sedazione/analgesia finalizzata a ridurre il dolore/fastidio e a facilitare
l'esecuzione dell'esame.

Dichiaro di essere stato informato sull'opportunità di essere accompagnato al momento della dimissione e
sulla necessità di non guidare o effettuare attività che richiedano attenzione nelle successive 12 ore.

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

**Il sottoscritto Dott./Prof..... da atto, contestualmente alla firma
del paziente, che lo stesso mostra di avere compreso tutto quanto sopra esposto, dopo adeguata
informazione e lettura dell'opuscolo integrativo**

Data **Firma del Medico che ha informato il paziente**

.....

.....

RIFIUTO CONSAPEVOLE / REVOCA DEL CONSENSO IN CORSO D'ESAME

Io sottoscritto/a, avendo compreso contenuti e finalità delle informazioni fornite, revoco il mio consenso /
non acconsento a sottopormi alla procedura proposta,

Data Firma del paziente.....

Firma del Medico che ha ricevuto la dichiarazione del paziente

**INFORMAZIONI EX ART. 13 REGOLAMENTO
2016/679/UE – RILASCIO CONSENSO PER FINALITA’
ULTERIORI**

L'E.O. Ospedali Galliera con sede in Mura delle Cappuccine 14 16128 Genova Tel. +39 010 56321 - Fax +39 010 5632018 PEC protocollo@pec.galliera.it, quale titolare del trattamento dei dati personali, ad integrazione delle informazioni conferite a tutti i propri pazienti mediante l'informativa generale dell'ente affissa nei locali destinati all'accoglienza dei pazienti e sempre disponibile nella sua versione più aggiornata nella sezione "privacy" del sito www.galliera.it, la informa che, laddove lei lo consenta, i suoi dati personali anche appartenenti a categorie particolari (nella specie, relativi al suo stato di salute) potranno essere utilizzati anche per informare delle sue condizioni cliniche e del suo percorso di cura i familiari e/ o i terzi che vorrà indicarci. I dati raccolti nell'ambito della presente procedura, sempre pervio suo consenso, potranno essere utilizzati, inoltre, per scopi di studio e ricerca nonché divulgazione scientifica e/o attività convegnistica e pubblicistica da parte dell'Ente e/o dei sanitari che l'hanno in cura. Base giuridica di tutti i trattamenti sopra indicati si rinviene nel consenso libero dell'interessato. Si precisa, in tal senso, che l'eventuale decisione di non conferire uno o tutti i predetti consensi, non influisce negativamente in nessun caso o modo nel suo processo di cura. I dati raccolti per eventuali comunicazioni a terzi saranno trattati solo finché permane il suo ricovero. I dati raccolti per finalità di studio, ricerca, divulgazione scientifica, convegnistica e/o pubblicistica, saranno trattati fino a sua espressa richiesta di cancellazione. Fermo quanto già sopra indicato per le comunicazioni a terzi, si precisa che i dati (ivi comprese le immagini che possono riguardare la sua patologia e/o gli interventi di diagnosi e cura) potranno essere diffusi e/o pubblicati a mezzo stampa, ovvero via web e qualsiasi altro mezzo di comunicazione pubblica ivi compresa la proiezione nell'ambito di convegni e seminari, solo previa anonimizzazione degli stessi in modo da rendere la sua persona non direttamente riconoscibile da terzi estranei a meno di una sua espressa indicazione contraria. Rispetto ai dati conferiti, ogni interessato ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o, con i limiti di cui al par. 3 dell'art. 17 del Regolamento 2016/679/UE la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati nei casi in cui ciò sia previsto per legge. L'interessato gode sempre, altresì, del diritto di revocare ogni consenso eventualmente espresso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. Tali diritti potranno essere esercitati rivolgendosi al titolare del trattamento ai recapiti sopra indicati ovvero per il tramite del Responsabile Protezione Dati sempre raggiungibile all'indirizzo rpdp@galliera.it. Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti effettuato nei termini sopra indicati avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Il/La sottoscritto/a lette e comprese
le informazioni che precedono,

1) In riferimento al trattamento dei propri dati personali al fine di fornire informazioni a terzi sul proprio stato di salute

- NON ACCONSENTE
- ACCONSENTE LIMITATAMENTE AI SIGG.RI
.....
- ACCONSENTE A FORNIRLE A CHIUNQUE LE RICHIEDA

2) In riferimento al trattamento per finalità di studio, ricerca, divulgazione scientifica, convegnistica e/o pubblicistica

NON ACCONSENTE

ACCONSENTE

Data

Firma del paziente