Media Support Srl
Via Bergamo, 50/52
23807 – Merate (LC)
Email: media@mediasupport.it | Tel. +39.039.92.76.038
P. IVA 05186010962

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

A) DA PARTE DI PERSONA FISICA:

Il sottoscritto Sig. _____ prende atto della informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE e accorda liberamente e volontariamente, ove richiesto, il consenso per le finalità indicate a che i propri dati personali possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazioni ai soggetti per gli adempimenti connessi all'incarico conferito.

DATA _____/_____/_____ FIRMA _____

B) DA PARTE DI PERSONA GIURIDICA

L'Azienda _____, nella persona del legale rappresentante Sig. _____, in qualità di _____, prende atto della informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE e accorda liberamente e volontariamente, ove richiesto, il consenso per le finalità indicate a che i propri dati personali dei quali l'Azienda è Titolare possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazioni ai soggetti per gli adempimenti connessi all'incarico conferito, manlevando **Organizzazione** da ogni onere e responsabilità derivante dai previsti trattamenti.

DATA ____/_____/_____ FIRMA _____

Centro di radiologia s . antonio s.r.l.

Dott. Ulderico Pagnani

VIA ARIGNI 55 CASSINO(FR) TEL. 0776-22375 FAX 0776-319324

ORARIO 8:30 12:30 15:30 18:30 SABATO 8:30 12:30

Cognome ..... Nome .....

Luogo di nascita..... Data di nascita.....

Esame richiesto.....

Quesito clinico .....

Scheda informativa e di consenso all' esame con risonanza magnetica

L'esame di rmn è secondo le conoscenze attuali innocuo per l'organismo umano,tuttavia:

in alcuni casi l'esame può provocare importanti effetti indesiderati e non puo quindi essere eseguito(gruppo A). In altri casi può essere eseguito tranquillamente ma solo dopo valutazione medica o con alcune avvertenze (gruppo B).Pertanto,allo scopo di individuare eventuali situazioni a rischio e garantire la piu totale sicurezza è necessario compilare il questionario seguente.

GRUPPO "A" (RM NON ESEGUIBILE)

E' portatore di	Clips vascolari ferromagnetiche intracraniche	SI	☐	NO	☐
	Neurostimolatori o stimolatori di crescita ossea	SI	☐	NO	☐
	Pace Maker o defibrillatore interno	SI	☐	NO	☐
	Pompe impiantabili per infusione di farmaci	SI	☐	NO	☐
	Protesi cocleari (orecchio interno)	SI	☐	NO	☐
	Protesi oculari magnetica	SI	☐	NO	☐
Soffre di grave claustrofobia		SI	☐	NO	☐

GRUPPO "B" (NECESSARIA VALUTAZIONE MEDICA O AVVERTENZE)

E' portatore di	Cateteri di derivazione spinale o ventricolare	SI	☐	NO	☐
	Cateteri di Swan-Ganz	SI	☐	NO	☐
	Clips vascolari cerebrali (aneurisma)	SI	☐	NO	☐
	Collari o dispositivi di fissaggio cervicale	SI	☐	NO	☐
	Diaframma contraccettivo	SI	☐	NO	☐
	Filtri vascolari, stent	SI	☐	NO	☐
	Frammenti metallici intraoculari	SI	☐	NO	☐
	Impianti oculari (molle palpebrali, punti retinici)	SI	☐	NO	☐
	Porte di accesso vascolare	SI	☐	NO	☐
	Protesi o viti ortopediche	SI	☐	NO	☐
	Protesi al cristallino	SI	☐	NO	☐
	Protesi otologiche (orecchio medio)	SI	☐	NO	☐
	Protesi mammarie o espansori	SI	☐	NO	☐
	Protesi valvolari cardiache	SI	☐	NO	☐
	Protesi peniene	SI	☐	NO	☐
	Punti metallici da pregresso intervento	SI	☐	NO	☐
	Schegge metalliche, proiettili	SI	☐	NO	☐
	Sistemi di clampaggio vascolare-carotideo	SI	☐	NO	☐
	Spirali intrauterine	SI	☐	NO	☐
	Tatuaggi estesi	SI	☐	NO	☐
E' in gravidanza o stato d'allattamento		SI	☐	NO	☐
Soffre di asma o allergie (farmaci,mezzi di contrasto, etc.)		SI	☐	NO	☐

Cassino _____ FIRMA DEL PAZIENTE _____

L'ESERCENTE LA PATRIA POTESTA' FIRMA _____

T. S. R. M. FIRMA _____

A CURA DEL RADIOLOGO FIRMA

TELEFONO_____

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RADIOLOGICO CONVENZIONALE

DICHIARANTE

Il/la sottoscritto/a_____nato/a_____ il _____ ____

Residente_____via_____

1- In qualità si esercente la potestà sul minore
2- In qualità di tutore del paziente
3- Informato dal Prof./Dott.

Sul tipo dell'indagine diagnostica da eseguire e precisamente Esame Radiologico Convenzionale

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 di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

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

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

- Accetto indagine proposta
- Rifiuto l'indagine proposta
- **Medico radiologo : Dott. Ulderico Pagnani**

Dichiarazione di stato di gravidanza CERTA O PRESUNTA **SI** **NO**

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

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

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D.Lgs 196/2003 concernente la "TUTELA DELLE PERSONE E DI ALTRI SOGGETTI RISPETTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI". La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa ex art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, acconsente al trattamento dei dati personali e le Categorie di Dati personali come ivi definiti, da parte di Centro Di Radiologia S. Antonio Srl per finalità connesse e strumentali alla gestione dei rapporti per la prestazione della terapia da Lei richieste e / o a Lei prescritte, come specificate nell'Informativa. Il sottoscritto, preso atto dell'informativa ex art. 13 del Regolamento UE n . 2016/679, acconsento al trattamento dei dati personali per l'eventuale comunicazione degli stessi a Titolari autonomi, così come indicati al punto 7, per finalità connesse e strumentali alla gestione dei rapporti per le prestazioni sanitarie da Lei richieste e/o a Lei prescritte, come specificate nell'informativa.

DICHIARO di non avere sintomi influenzali, di non essere soggetto a quarantena.

DICHIARO di non aver prenotato questa prestazione presso altro centro.

Delego il sig. **al ritiro di esami diagnostici**

Cassino,

Firma

Autorizzo la struttura Centro di Radiologia S. Antonio S.r.l. sotto la mia esclusiva responsabilità inviare il referto dell'esame

eseguito in data **alla seguente e-mail**

Firma per esteso

Centro di Radiologia S.Antonio Cassino	Questionario di soddisfazione	MOD-CSA Rev.02 23/02/2016

Gentilissimo Cliente,
La invitiamo a compilare questo questionario per darci la possibilità di migliorare il servizio a Lei offerto e la invitiamo a formulare i suoi consigli/segnalazioni

Le chiediamo gentilmente di indicarci di quale tipo di prestazioni ha usufruito dalla nostra struttura

Prestazioni radiologiche ☐ Prestazioni fisioterapiche ☐

Qual'è la sua impressione generale sui seguenti aspetti:

1)Pulizia nei locali
Ottimo ☐ Buono ☐ sufficiente ☐ Scarso ☐

2) Tempi di attesa prima della prestazione
Meno di 15 minuti ☐ 15 - 30 minuti ☐ 30 – 60 minuti ☐ Oltre 1 ora ☐

3) Cortesia e competenza del personale accettazione
Ottimo ☐ Buono ☐ sufficiente ☐ Scarso ☐

4) Rispetto della privacy
Ottimo ☐ Buono ☐ sufficiente ☐ Scarso ☐

5) Personale tecnico (Tecnico sanitario di Radiologia Medica – Radiologia , Fisioterapista – Fisioterapia)
Ottimo ☐ Buono ☐ sufficiente ☐ Scarso ☐

6) Personale medico
Ottimo ☐ Buono ☐ sufficiente ☐ Scarso ☐

7) Accoglienza della sala d'attesa
Ottimo ☐ Buono ☐ sufficiente ☐ Scarso ☐

Cortesemente può indicarci quale aspetto lei apprezza maggiormente e la convince a rivolgersi al nostro centro? (vicinanza, referto in giornata, prezzi , qualità del personale e dei referti ecc)

Indichi infine quale aspetto lei desiderebbe che venisse migliorato

La ringraziamo per la sua gentile attenzione. La nostra struttura si impegna ad esaminare i questionari per migliorare continuamente il servizio offerto

Cordiali saluti

Il Direttore del Centro
(dott. Ulderico Pagnani)