

CONSENSO INFORMATO TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)

TRATTAMENTO DATI SENSIBILI

La informiamo che la Legge 196/2003 prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. I dati raccolti hanno solo fine diagnostico, per adempiere a specifici compiti istituzionali connessi con l'attività clinica, vengono conservati nell'archivio radiologico e nel sistema informativo ospedaliero, vengono trattati solamente da personale autorizzato, vincolato dal segreto professionale e dal segreto d'ufficio.

Il/la sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____

dichiara di essere stato sufficientemente informato/a rispetto al trattamento dei suoi dati personali e sul rapporto rischio/beneficio dell'esame radiologico a cui sarà sottoposto/a.

Data ____ / ____ / ____ Firma _____

Nega lo stato di gravidanza in atto.

Data ____ / ____ / ____ Firma _____

Direttore
Dr. Paolo D'Andrea

Coordinatore TSRM
Tel. 0437/516525 dalle ore 13 alle 14
Fax 0437/944964
e-mail: vincenzo.formica@ulss.belluno.it

Coordinatore Infermieristico
Tel. 0437/514152
Fax 0437/516229
e-mail: elvira.debiasio@ulss.belluno.it

Segreteria
Sportello: da lunedì a sabato dalle 8 alle 13
da lunedì a venerdì dalle 14 alle 17
Tel. 0437/ 516854 da lunedì a venerdì dalle 9 alle 12
e-mail: seg.radiologia@ulss.belluno.it

Prenotazione/disdetta telefonica dell'appuntamento
800890500 da telefono fisso
0437/943890 da estero o cellulare

Per la corretta valutazione clinico-anamnestica è indispensabile conoscere dati relativi a:

Comprovato Rischio Allergico	Si	No
Se sì, specificare:		
Insufficienza Renale	Si	No
Insufficienza Epatica Grave	Si	No
Insufficienza Cardio-Vascolare Grave	Si	No
Diabete	Si	No
Anamnesi per mieloma	Si	No
Beta-bloccanti, FANS	Si	No
Se sì, specificare:		
Trattamento in corso con Farmaci	Si	No
Assunzione di Alcool, Droghe	Si	No

Valore di coagulazione: _____

Data ____ / ____ / ____ Firma del Medico Curante _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____

dichiara di essere stato/a informato/a esaurientemente in merito all'esame radiologico da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e conseguenze che da esso possono derivare. **Confermo** di aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite e pertanto **acconsento** a sottopormi a questa procedura.

Data ____ / ____ / ____ Firma _____

Direttore
Dr. Paolo D'Andrea

Coordinatore TSRM
Tel. 0437/516525 dalle ore 13 alle 14
Fax 0437/944964
e-mail: vincenzo.formica@ulss.belluno.it

Coordinatore Infermieristico
Tel. 0437/514152
Fax 0437/516229
e-mail: elvira.debiasio@ulss.belluno.it

Segreteria
Sportello: da lunedì a sabato dalle 8 alle 13
da lunedì a venerdì dalle 14 alle 17
Tel. 0437/ 516854 da lunedì a venerdì dalle 9 alle 12
e-mail: seg.radiologia@ulss.belluno.it

Prenotazione/disdetta telefonica dell'appuntamento
800890500 da telefono fisso
0437/943890 da estero o cellulare