



## DIREZIONE SANITARIA

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto .....  
Nato a ..... il .....

dichiaro di essere stato informato ai sensi dell'art.13 D.Lgs 196/2003, codice in materia di protezione dei dati personali comuni e sensibili, su:

- 1) le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della propria salute;
- 2) i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;
- 3) il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione nonché di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali;
- 4) il nome del titolare del trattamento dei dati personali;
- 5) l'impossibilità a procedere nel rapporto di cura nel caso di mancata sottoscrizione del presente consenso.

Pertanto consapevole dei miei diritti esprimo il mio consenso al trattamento dei miei dati personali comuni e sensibili .

Napoli .....

.....

## CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il .....

sono stato informato dal Dott. .... che per le mie condizioni cliniche potrebbe essere necessario ricevere trasfusioni di sangue omologo/emocomponenti/emoderivati (albumina, gammaglobuline, fattori della coagulazione ecc. (\*) e/o essere sottoposto alla seguente procedura diagnostica o terapeutica (\*\*), .....

che tali pratiche non sono completamente esenti dai rischi (inclusa, per quanto riguarda la somministrazione di sangue/emocomponenti/emoderivati, la trasmissione di virus dell'immunodeficienza, dell'epatite, ecc.). Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal Dott. .... sia in ordine alle mie condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla trasfusione/procedura diagnostica/procedura terapeutica, come quelli che potrebbero derivarmi se non mi sottoponessi alla trasfusione/procedura stessa. Quindi acconsento/non acconsento (\*) ad essere sottoposto presso codesta struttura alla citata necessaria procedura diagnostica/terapeutica, per tutto il decorso della mia malattia.

Accetto, inoltre, che la documentazione sanitaria relativa al mio ricovero sia utilizzata assolutamente anonima e nel rispetto della legge, per le finalità di insegnamento e scientifiche proprie dell'Università degli Studi "Federico II" di Napoli.

Data .....

Firma .....

(\*) Cancellare quanto non interessa.

(\*\*) Precisare.

## CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto .....  
dichiara di aver ricevuto dal Personale medico della Struttura nella quale è degente ogni possibile informazione riguardo sede, natura ed entità delle lesioni da cui è affetto e per le quali è ricoverato, ed alle presumibili riserve prognostiche.  
Consapevole della situazione clinica, delega in piena coscienza il Personale medico curante a decidere modi e tempi del trattamento ed il ricorso alle metodiche chirurgiche o non chirurgiche che si rendano preferibili.  
Informato anche della generica possibilità di complicazioni infiammatorie e/o emboliche e del relativo grado di imprevedibilità nonché di possibili anomalie di tolleranza a sostanze analgesiche od anestetiche,

dichiara:

- di esprimere il proprio consenso;
- di essere a conoscenza che tale consenso è univoco, libero da coercizioni e che è revocabile, condizionabile e modulabile per fattori imprevisi che tuttavia si impegna a portare tempestivamente a conoscenza dei Sanitari, assumendosi comunque ogni responsabilità che possa derivare da interruzioni o riduzioni del programma terapeutico previsto;
- di essere disposto al massimo livello di collaborazione con il Personale curante e di assistenza, al comune scopo di ottenere il più valido risultato possibile;

Convinto della validità del metodo nel caso in questione, esprime il proprio consenso consapevole per:

- 1) tipo di intervento .....
- 2) complicanze .....
- .....
- .....
- .....

Il Sig./Sig.ra ..... dichiara inoltre di aver perfettamente compreso quanto sopra riportato, essendogli stato spiegato con dovizia di particolari dal Personale medico della struttura.

Napoli, li .....

In fede

