

ASSENSO ALL'ACCESSO ALLE CURE E AI TRATTAMENTI
MEDICI DI ROUTINE IN AMBITO OSPEDALIERO E AL
TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Paziente minorenni

Paziente maggiorenne

Io sottoscritto

quale esercente la potestà
genitoriale sul minore ¹

previsto²

_____ / _____
_____ / _____
acconsento al ricovero presso l'Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù"
per me per mio/a figlio/a
per eseguire i trattamenti diagnostici e terapeutici necessari

Al momento dell'ingresso in Ospedale ho ricevuto le seguenti informazioni:

- nessuna prestazione medica sarà intrapresa senza che io ne sia informato e abbia prestato il mio consenso in forma orale o scritta, fatte salve le situazioni in cui si ravvisi uno stato di necessità; il presente assenso al ricovero non escluderà le informazioni sui trattamenti sanitari che si renderanno necessari durante la degenza, per i quali mi sarà richiesto uno specifico consenso
 - l'Ospedale Bambino Gesù, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) prevede che professionisti in formazione (specializzandi) partecipino alle cure, con supervisione di personale abilitato
 - frequentatori autorizzati (medici, studenti, professionisti di varie categorie professionali, rappresentanti di aziende biomediche) possono osservare, ma non partecipare, alle cure a meno che io non faccia esplicita richiesta in senso contrario. Questo personale è comunque tenuto a rispettare le regole di riservatezza
 - INFORMATIVA SUI FARMACI OFF-LABEL: numerosi farmaci utilizzati nel bambino e adolescente non sono disponibili in formulazioni pediatriche, per questo, con il supporto delle evidenze scientifiche disponibili, vengono utilizzate le formulazioni presenti in commercio. In tal caso saranno fornite tutte le informazioni e, se l'uso del farmaco comporta particolari rischi, sarà richiesto uno specifico consenso
 - i dati sanitari potranno essere utilizzati per studi osservazionali e pubblicati in modo anonimo
 - documentazione fotografica e audio/videoregistrazione dei pazienti – con finalità di cure e anche con fini educativi – potrà essere effettuata con garanzia di riservatezza, in assenza di parere contrario degli interessati
 - in Ospedale non è consentito procedere ad audio/video-registrazioni non autorizzate dalla Direzione Sanitaria
 - rappresentanti di agenzie di accreditamento esterno e istituzionale potranno visionare documentazione sanitaria, processi assistenziali, luoghi di degenza, per valutazioni della qualità
 - il trattamento dei dati personali anche sensibili, necessario per finalità cliniche e di legge, sarà effettuato in conformità al Decreto Legislativo n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali". I dati personali anche sensibili saranno trattati anche con strumenti elettronici e trasmessi attraverso reti telematiche per la visualizzazione dei medesimi mediante la "Carta della Salute" personale in conformità al sopramenzionato Decreto. Tanto premesso, dichiaro di avere letto attentamente il documento, di aver compreso in ogni sua parte il significato di quanto riportato in questo modulo per il quale esprimo il mio assenso.
- Fornisco, sotto la mia personale responsabilità, i dati anagrafici richiesti e affermo che detti dati sono rispondenti al vero.

Autorizzo l'Ospedale Bambino Gesù, nei casi in cui lo ritenga necessario, a rilasciare notizie cliniche sul mio stato di salute al mio medico curante, se noto, a meno che io non faccia esplicita richiesta in senso contrario

Data 19/03/2018

Firma del paziente/ Esercente la responsabilità genitoriale

_____ / _____
Firma di eventuale interprete _____

¹ Cancellare il campo nel caso in cui il paziente sia maggiorenne – indicare la ragione dell'eventuale assenza di uno dei due genitori

² Indicare la voce specifica