



IRCCS

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Sacro Cuore – Don Calabria

Ospedale Classificato e Presidio Ospedaliero Accreditato – Regione Veneto

Reparto di Chirurgia Plastica

Primario: Dr. C. Cristofoli

Rif. Norma UNI EN ISO 9001

CONSENSO PER L'ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA

Gent. Sig.ra/Egr. Sig. _____, in occasione dell'intervento a cui verrà sottoposta/o, Le chiediamo di acconsentire all'esecuzione di fotografie che saranno archiviate anche in vista delle successive visite di controllo. Questa prassi è molto utile, a volte indispensabile, dato che la valutazione delle immagini sarà necessaria ai medici curanti per seguire l'evoluzione obiettiva della malattia, l'efficacia terapeutica ed i processi di guarigione.

Lei è libera/o di accettare o meno tale proposta ed a tal fine La preghiamo di apporre la Sua firma in fondo a questo foglio.

Le chiediamo anche di esprimere il Suo consenso alla trasmissione e/o alla dimostrazione di tali immagini a fini scientifici o didattici, nell'ambito di corsi, convegni e riunioni scientifiche.

In questo caso Le sarà data una completa informazione in merito alle modalità delle riprese e diffusione delle stesse.

La informiamo comunque che la raccolta delle immagini, l'archiviazione e la custodia avverranno sempre in stretta osservanza della normativa vigente in tema di tutela della riservatezza dei dati personali e sensibili (D.L. 196/03 e agg.); in particolare, sarà assolutamente garantito l'anonimato.

I Suoi dati (immagini e riferimenti anagrafici e clinici) saranno custoditi presso l'Unità di Chirurgia Plastica a cura del Responsabile dell'Unità di Chirurgia Plastica e dei Servizi Informativi dell'Ospedale S. Cuore-D. Calabria; in base alla suddetta norma, Lei potrà poi in ogni momento accedere ai Suoi dati ed ottenere la modifica e la cancellazione.

Lei potrà anche richiedere il rilascio di copia delle registrazioni effettuate.

Io sottoscritto/o preso atto delle informazioni sopra riportate e dei miei diritti in riferimento alle norme sulla tutela della riservatezza,

acconsento

non acconsento

all'effettuazione, **con esclusive finalità di diagnosi e cura**, di riprese filmate/fotografiche nel corso dell'intervento/del trattamento programmato come d'accordi con il medico specialista.

Ed inoltre:

acconsento

non acconsento

All'effettuazione ed all'utilizzo delle riprese filmate/fotografiche, anche **a fini scientifici e didattici**.

Data _____

Resp. Unità Operativa Ch. Plastica
Dott. Cristofoli

Firma paziente _____

Revisione	Data:	Elaborato da :	Approvato da :
1	7/9/18	TEAM R.Q. CH Plastica	PRIMARIO