

## Reparto di Chirurgia Plastica

Direttore: Dott. Cesare Cristofoli

# INFORMAZIONI MEDICHE E DICHIARAZIONE DI CONSENSO DEL PAZIENTE PER L'ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA

Gentile Sig./ra \_\_\_\_\_

in occasione dell'intervento a cui verrà sottoposto/a, 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 libero/a di accettare o meno tale proposta e 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 Sacro Cuore - Don 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 mie 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**.

Negrar di Valpolicella, \_\_\_\_\_

Firma paziente \_\_\_\_\_

RESPONSABILE UNITÀ OPERATIVA CHIRURGIA PLASTICA  
Dott. Cesare Cristofoli