

RESPONSABILITA' CIVILE ASL/AO/IRCCS/Istituti di Cura Diversi
QUESTIONARIO

1. INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA

1.1 DENOMINAZIONE ED INDIRIZZO

AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE (AOR) - SAN CARLO - VIA
Potito Petrone s.u.c. - POTENZA

1.2 DATA DI COSTITUZIONE (indicare eventuali accorpamenti o scorpori negli ultimi anni)

Costituzione in Azienda Ospedaliera con D.P.G.R. n. 109
del 1 febbraio 1995 - Anno 2007 = la corporazione ospedaliera di
Pescopagano - Anno 2017 = la corporazione Petrosi Ospedaliera
di Melfi - Longobucco - Villa D'A.

1.3 COMUNI E/O ZONE TERRITORIALI DI COMPETENZA

Tutto il territorio di Potenza e Provincia per le discipline di
cure di medio-bassa complessità - Tutto il territorio regionale
per l'alta complessità.

1.4 RETRIBUZIONI LORDE CORRISPOSTE AL PERSONALE

	ultimo anno (2018)	anno in corso (previsione)	note
Personale dipendente ed assimilato (compreso intramoenia)			
Altro			

1.5 MODIFICAZIONI STRUTTURALI

- Sono in previsione cambiamenti strutturali nella vostra attività?

Si

☐

NO

☒

in caso affermativo specificare:

- Sono previsti per i prossimi 3 anni piani di investimento in relazione ad attrezzature e/o strutture sanitarie?

Si

☒

NO

☐

in caso affermativo specificare:

Rinnovo parco tecnologico e adeguamento delle strut-
ture esistenti.

1.6 SPECIALIZZAZIONI

La struttura è specializzata in specifiche aree e/o rappresenta un centro di eccellenza per qualche disciplina?

Si ☒ NO ☐

in caso affermativo specificare:

in caso affermativo specificare:
Si sta completando l'iter di riconoscimento della
Reumatologia come "Istituto di ricovero e cura a carattere
scientifico - IRCCS - Reumatologico"

1.7 COMPOSIZIONE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

denominazione	ubicazione	data costituzione	posti letto		sale operatorie n.	reparti n.	interventi chirurgici n. (ultimo anno)
			teorici	utilizzati (mediamente)			
Osp. S. Carlo	Potenza		647	523	23	39	12712
Osp. S. Francesco di Paola	Pescopagano		58	40	0	2	64(?)
Osp. San Giovanni di Dio	Melfi		98	58	3	10	1441
Osp. San Giovanni di Lagonegro	Lagonegro		105	74	3	10	1593
Osp. Civile di VDA	Caracciolo		108	74	2	9	1587
		totali	1016	769	31	70	17.397

[illegible]

RESPONSABILITA' CIVILE ASL/AO/IRCCS/Istituti di Cura Diversi
QUESTIONARIO

1.8 APPARECCHIATURE / SERVIZI SPECIALISTICI

Sono previsti Servizi Specialistici a supporto dei Reparti?

SI ☒ NO ☐

in caso affermativo compilare la seguente tabella, relativa alle Apparecchiature in dotazione, riportando eventuali notizie tecniche nella colonna NOTE

APPARECCHIATURE		Numero Addetti	Disponibilità Giornaliera			Manutenzione a Norme CEI 1276G - CEI 64/4/		NOTE
Tipologia	Numero		24 ore	12 ore	< 12 ore	SI	NO	
T.A.C.	7		* X			X		
R.M.C.	5				* X	X		
Camera Iperbarica	Ø						X	
Defibrillatore	163		X					
Litotritore	1				X	X		
Angiografia	5				* X	X		
Elettrobisturi	70		* X			X		
.....								

* DISPONIBILITÀ GIORNALIERA MEDIA

1.9 DATI SUL PERSONALE

composizione del personale dipendente di ruolo

Categoria		n. (ultimo anno)	n. (previsione)
Ruolo Sanitario	Dirigenti Medici	510	6
	Dirigenti non Medici	36	29
	Altro Personale (comparto)	1513	
Ruolo Amministrativo	Dirigenti	4	11
	Altro Personale (comparto)	114	11
Ruolo Tecnico	Dirigenti	1	11
	Altro Personale (comparto)	378	5
Ruolo Prof.le	Dirigenti	4	11
.....	Altro personale (comp)	3	11
		2563	22

1.10 ULTERIORI NOTIZIE

- La A.S.L./altro, per la propria attività, è collegata a Cliniche, Università e/o Istituti di Ricerca?

SI ☐ NO ☐

in caso affermativo specificare:

RESPONSABILITA' CIVILE ASL/AO/IRCCS/Istituti di Cura Diversi
QUESTIONARIO

- viceversa, le Cliniche, Università, etc. si servono delle strutture della A.S.L./altro?

Si ☐ NO ☐

in caso affermativo specificare:

- indicare, inoltre, gli eventuali compensi spettanti a Cliniche, Università e/o Istituti di Ricerca:
€ di cui il% spettante a Medici specialisti in formazione
- vengono impiegate sostanze radioattive o apparecchi per l'accelerazione artificiale di particelle atomiche?

Si ☒ NO ☐

- viene eseguita la distribuzione e/o l'utilizzo del sangue?

Si ☒ NO ☐

in caso affermativo specificare:

n. unità di sangue utilizzate	ultimo anno	previsione
	12.100	12.300

- il sangue è analizzato secondo specifiche procedure?

Si ☒ NO ☐

- i reparti di chirurgia sono autorizzati per interventi di espanto e trapianto di Organi?

Si ☐ NO ☒

1.11 REPARTO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

- Quanti sono i parti in un anno (mediamente)? 2.450, di cui:
parti gemellari n. 32 bambini nati morti 9/10

- E' prevista la reperibilità di un'ostetrica 24 ore al giorno? Si ☒ NO ☐

- E' prevista la reperibilità di una seconda ostetrica 24 ore al giorno? Si ☒ NO ☐

- E' prevista la presenza di un pediatra 24 ore al giorno? Si ☒ NO ☐

- I parti cesarei di emergenza possono essere effettuati entro 30 minuti, 24 ore al giorno?

Si ☒ NO ☐

- Le levatrici possono assistere al parto senza la presenza di un medico? Si ☐ NO ☒

- Sono previsti servizi di terapia assistenza per genitori in seguito ad aborto, morte perinatale o nascita di bambini handicappati?

Si ☐ NO ☒

RESPONSABILITA' CIVILE ASL/AO/IRCCS/Istituti di Cura Diversi
QUESTIONARIO

1.12 TERAPIE PRESTATE

tipo di terapia			n. pazienti	
	NO	SI	ultimo anno	previsione
Fecondazione assistita		X	575	700
Alcolismo / tossicodipendenza				
Chirurgia plastica volontaria				
Interruzione gravidanza volontaria		X	230	250
Adeguamento tra identità fisica e psichica	X			
HIV, epatite, malattie sessualmente trasmissibili		X	200	200
sterilizzazione				
Altro				

1.13 PRONTO SOCCORSO / GUARDIA MEDICA

- N. prestazioni complessivamente eseguite nell'anno: 108.674 - Prestazioni di P.S.

- Si dispone di mezzi mobili di Pronto Intervento

SI ☐

NO ☒

- in caso affermativo specificare:

- ambulanze n. _____

- Unità Mobili di Rianimazione n. _____

- in caso negativo precisare eventuali convenzioni con:

C.R.I. ☐

Associazioni Volontariato ☐

Altri ☐

- Esiste eliporto

SI ☐

NO ☐

Note:

2. CONSENSO INFORMATO

2.1 Il consenso informato è richiesto al paziente prima della cura?

- In tutti i casi? Si ☒ NO ☐

- Per iscritto? Si ☒ NO ☐

in caso negativo specificare:

2.2 In caso di trattamenti complessi, il consenso informato è richiesto per ogni trattamento successivo o differente?

Si ☒ NO ☐

in caso negativo specificare:

2.3 Chi controfirma i documenti del consenso informato?

IL MEDICO CHE PRENDE IN CARICO IL PAZIENTE

2.4 Come sono archiviati e per quanto tempo sono conservati?

FANNO PARTE INTEGRANTE DELLA CARTELLA CLINICA E
CON ESSA SI CONSERVANO NEI TEMPI DI LEGGE

2.5 La non conformità con le procedure di consenso informato costituisce una questione di tipo disciplinare?

Si ☐ NO ☒

in caso negativo specificare:

FA PARTE DEGLI ELEMENTI DI CONTROLLO DELLE CARTELLE
CLINICHE E LE NON CONFORMITA' SONO DISCUSE CON I DIRIGENTI
MEDICI PER LE SUCCESSIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO.

2.6 I moduli e/o i controlli sono oggetto di revisione periodica?

Si ☒ NO ☐

Se Si, ogni quanto tempo? MINIMO 1 ANNO

Note:

RESPONSABILITA' CIVILE ASL/AO/IRCCS/Istituti di Cura Diversi
QUESTIONARIO



Si allega copia del testo "standard"



Si allega inoltre la seguente ulteriore documentazione copia del testo "standard"

Questionario redatto in POTENZA

Data 20/06/19

Timbro e firma
U.O.C. AFFARI GENERALI
e SUPPORTO DIREZIONALE
IL DIRETTORE
Dott. Davide FALASCA

[Firma]

Allegati:

QUESTIONARIO - OSPEDALE DI POTENZA-

Punto 1.7

Reparto/Specializzazione	Posti Letto n.		Operazioni chirurgiche n. (ultimo anno)	Ricoveri n.	
	Ord	D.H.		Ord.	D.H.
CARDIOCHIRURGIA	18		364	430	
CARDIOLOGIA	32	2	1.211	2.275	83
CARDIOLOGIA RIABILITATIVA	3	1	11	58	36
CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	54	3	1.853	2.205	651
CHIRURGIA SENOLOGICA	7	1	360	270	104
CHIRURGIA TORACICA	6	0	99	243	0
CHIRURGIA VASCOLARE	8	2	471	405	109
DERMATOLOGIA	0	4	659		707
EMATOLOGIA	14	5	112	299	488
GERIATRIA	32	2	28	969	20
RIANIMAZIONE	15	0	106	233	0
MALATTIE INFETTIVE	21	1	22	493	22
MEDICINA D'URGENZA	14	0	1	394	0
MEDICINA INTERNA	42	2	13	1.320	81
NEFROLOGIA E DIALISI	14	1	60	478	14
NEONATOLOGIA	12	0	2	254	0
NEUROCHIRURGIA	21	1	492	642	29
NEUROLOGIA	25	1	8	851	12
NIDO	20	0	0	1.392	0
OCULISTICA	2	6	1.154	200	1.097
ONCOLOGIA MEDICA	16	12	57	808	794
ORTOPEDIA	13	2	752	626	159
OSTETRICA E GINECOLOGIA	26	4	1.935	2.210	1.096
OTORINOLARINGOIATRIA	12	2	806	894	298
PEDIATRIA	16	4	267	963	879
PNEUMOLOGIA	20	2	24	735	46
PSICHIATRIA	7	1	0	259	46
REUMATOLOGIA	8	2	5	317	98
TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGIA	8	0	30	43	0
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	12	0	0	54	0
TRAUMATOLOGIA dell'Apparato Locomotore	24	1	888	974	347
UROLOGIA	20	2	823	1.016	222
UTIC	18	0	95	239	0
DIABETOLOGIA	0	2	0	0	77
ENDOCRINOLOGIA	0	2	0	0	186
LITOTRISSIA	0	2	2	0	82
MEDICINA IMMUNOTRASFUSIONALE	0	1	0	0	11
MEDICINA RIABILITATIVA	0	4	0	0	56
HOSPICE	11	1	0	230	59
TOTALE	571	76	12.710	22.779	7.909

QUESTIONARIO - OSPEDALE DI PESCOPIAGANO-

Reparto/Specializzazione	Posti Letto n.		Operazioni chirurgiche n. (ultimo anno)	Ricoveri n.	
	Ord	D.H.		Ord.	D.H.
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	24	2	64	1.358	136
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	29	3	0	117	4
TOTALE	53	5	64	1.475	140

QUESTIONARIO -OSPEDALE DI MELFI-

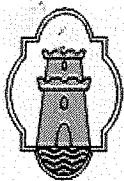
Reparto/Specializzazione	Posti Letto n.		Operazioni chirurgiche n. (ultimo anno)	Ricoveri n.	
	Ord	D.H.		Ord.	D.H.
CARDIOLOGIA	6	0	55	353	0
CHIRURGIA GENERALE	15	1	513	527	106
MEDICINA GENERALE, SPECIALISTICA E PNEUMOLOGIA	20	2	4	868	17
NEONATOLOGIA	8	0	0	380	0
ORTOPEDIA	11	1	339	307	63
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	16	2	455	548	169
OTORINOLARINGOIATRIA	2	2	63	56	18
PEDIATRIA	3	1	0	160	16
RIANIMAZIONE	4	0	11	50	0
UTIC	4	0	0	8	0
TOTALE	89	9	1.440	3.257	389

QUESTIONARIO -OSPEDALE DI LAGONEGRO-

Reparto/Specializzazione	Posti Letto n.		Operazioni chirurgiche n. (ultimo anno)	Ricoveri n.	
	Ord	D.H.		Ord.	D.H.
CARDIOLOGIA MEDICA	9	1	6	314	3
CHIRURGIA GENERALE	16	1	367	520	327
CHIRURGIA VASCOLARE E D'URGENZA	3	1	239	300	29
MEDICINA GENERALE	17	0	7	728	0
D.H. MEDICO AD INDIRIZZO ONCOLOGICO	0	4	0	0	88
NIDO	8	0	0	488	0
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	10	2	356	311	80
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	12	1	461	672	137
PEDIATRIA	2	2	0	226	5
PNEUMOLOGIA	8	0	22	478	0
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	4	0	12	51	0
UROLOGIA	3	1	122	82	276
TOTALE	92	13	1.592	4.170	945

QUESTIONARIO -OSPEDALE DI VILLA D'AGRI-

Reparto/Specializzazione	Posti Letto n.		Operazioni chirurgiche n. (ultimo anno)	Ricoveri n.	
	Ord	D.H.		Ord.	D.H.
CARDIOLOGIA	9	0	67	186	0
CHIRURGIA BARIATRICA	4	0	132	140	0
CHIRURGIA GENERALE	11	4	897	518	645
GERIATRIA	6	0	16	138	0
MEDICINA GENERALE E PNEUMOLOGIA	32	2	13	1.022	101
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	14	2	337	362	74
PEDIATRIA	7	1	0	293	38
SERVIZIO PSICHIATRICO	9	1	0	130	20
TERAPIA INTENSIVA	4	0	8	49	0
GINECOLOGIA	0	2	116	0	126
TOTALE	96	12	1.586	2.838	1.004



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (GDPR)

Gentile Signora, Gentile Signore,

L'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo ("Azienda" o "AOR", d'ora in avanti), Titolare del trattamento dei Dati Personali, Le fornisce le seguenti informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali, che possono essere trattati per il perseguimento delle finalità di:

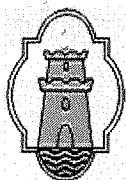
- prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed incolumità fisica delle persone e gestione delle attività amministrative correlate
- programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria erogata
- domanda di beni e servizi, procedure di approvvigionamento e di gara
- gestione procedure selettive, trattamento giuridico ed economico del personale
- gestione e tutela del patrimonio aziendale
- formazione
- finalità difensive
- esercizio dei diritti dell'Interessato

Il trattamento dei dati personali che La riguardano - improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza - avviene **in modalità analogica o elettronica**, adottando preliminari ed adeguate misure di sicurezza tecniche ed organizzative, esclusivamente da parte di operatori appositamente autorizzati, ai sensi degli artt. 28 e 29 del Regolamento UE 2016/679, il cui elenco, previa richiesta, è consultabile presso l'URP.

I Suoi Dati Personali sono trattati su mandato dell'AOR:

- limitatamente a quanto strettamente necessario;
- se necessario, per l'esecuzione di rapporti contrattuali o per adempiere un obbligo di legge;
- salvaguardare interessi vitali delle persone o quando il trattamento è comunque necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico;
- previo rilascio di specifico consenso nel caso in cui una legge lo richieda e per finalità di cura, nel qual caso il mancato consenso, ad eccezione dei casi di emergenza/urgenza, impedirà all'Azienda di erogare le prestazioni sanitarie richieste;

L'Azienda persegue una **politica di minimizzazione dei dati personali**, cercando il più possibile di contenerne l'utilizzo, sicché i dati e la documentazione saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono stati trattati, limitatamente al tempo previsto dalla normativa di riferimento e tenuto conto anche di quanto previsto dal Piano di conservazione della documentazione aziendale (cd. massimario di scarto) a tutela del patrimonio documentale.



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

I Suoi Dati Personali, non verranno in alcun modo diffusi, ma potranno essere trasmessi o comunicati ad altri soggetti, di natura sia pubblica sia privata, soltanto qualora Lei lo richieda o rilasci specifico consenso o, ancora, qualora ciò sia previsto dalla normativa vigente.

La presente comunicazione, di carattere generale sarà integrata dall'AOR con ulteriori note informative in relazione ai diversi trattamenti di dati personali di Suo interesse.

Quali sono i Suoi diritti?

La normativa vigente Le conferisce l'esercizio di specifici diritti. Qui di seguito, un estratto del Capo III del GDPR. In qualità di "interessato", Lei, in qualsiasi momento, con richiesta rivolta senza alcuna formalità al Titolare del trattamento e/o al Responsabile della protezione dei dati – Data Protection Officer (D.P.O.) potrà:

- accedere ai propri dati personali e ottenere copia degli stessi
- ottenere la loro rettifica o integrazione qualora li ritenga inesatti o incompleti, nonché la loro cancellazione, ove questo non contrasti con la normativa vigente sulla conservazione dei dati stessi e con le necessità di tutelare, in caso di contenzioso sanitario, i professionisti sanitari che li hanno trattati, il loro oscuramento se contenuti in documenti suscettibili di tali modificazioni
- ottenere la limitazione del trattamento ricorrendone i presupposti
- opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che La riguardano

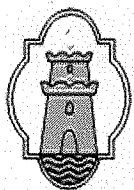
Lei ha altresì diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali nel caso in cui ritenga che i Suoi dati siano trattati in modalità non conforme alla normativa vigente.

Dati utili di contatto:

Titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo, con sede legale in Via Potito Petrone, 85100 Potenza, raggiungibile all'indirizzo di posta elettronica certificata aosancarlo@cert.ruparbasilicata.it - tel. 0971611111;

Responsabile della protezione dei dati – Data Protection Officer (D.P.O.) è il Dr. Davide Falasca contattabile all'indirizzo di posta elettronica certificata dpo@pec.ospedalesancarlo.it, recapito telefonico 0971612201.

Il Titolare del Trattamento
Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo



ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e D.Lgs.
101/2018

Io sottoscritto (nome e cognome)..... nato
a..... il codice fiscale.....
residente a (Comune, Prov.) via (indirizzo).....
.....

per sé ()

oppure

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto mia responsabilità dichiaro

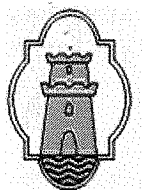
in qualità di:

- () esercente potestà genitoriale
- () tutore
- () amministratore di sostegno
- () legale rappresentante
- () altro.....

di (nome e cognome)..... nato a..... il
..... codice fiscale..... residente a (Comune, Prov.)
..... via (indirizzo)

- dopo essere stato informato dei propri diritti riconosciuti dagli artt.15 e ss. del Regolamento UE n.2016/679, di essere quindi a conoscenza della vigente normativa in materia di privacy;
- dopo avere preso visione della Informativa, artt. 13 e 14 del GDPR e, quindi, consapevole che:

- a. i dati personali sensibili eventualmente acquisiti, anche presso terzi, saranno utilizzati (nel rispetto della vigente normativa e tenuto conto degli obblighi di riservatezza e di segreto professionale) esclusivamente per finalità di tipo medico-sanitario o, comunque, connesse e/o strumentali allo svolgimento di tali finalità;
- b. il conferimento dei dati personali sensibili deve intendersi quale mera facoltà e non obbligo;
- c. in mancanza di conferimento dei dati sopra indicati le prestazioni professionali richieste, oltre alla prosecuzione di quelle in corso, potranno non essere accettati e/o continuati e, dunque, espletati;
- d. qualora venisse autorizzato il trattamento dei dati personali sensibili, nei limiti e per le finalità di cui al punto a) che precede, questi potranno venire a conoscenza anche di soggetti pubblici e/o privati, in aggiunta dei soggetti nominati da questa Azienda incaricati al trattamento dei dati personali (siano essi: personale con rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato, tirocinanti, praticanti, volontari, e coloro che per conto di questa Azienda svolgono attività di supporto istituzionale);
- e. gli estremi identificativi del Titolare e del Responsabile del trattamento sono contenuti nella nota denominata Informativa Privacy;



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

f. i trattamenti saranno effettuati in modalità cartacea, informatizzata e mista, compresa la eventuale comunicazione ed il trasferimento all'estero nei casi previsti dalla legge, dal Regolamento Aziendale e, comunque, effettuati nell'ambito delle finalità istituzionali;

g. i profili inerenti l'applicazione delle misure di sicurezza sono esplicitati nel Registro delle Attività del trattamento di cui può essere presa visione presso l'U.O. presso cui è in cura;

h. nel Registro delle Attività del trattamento potrà essere presa visione dei nominativi delle ditte che svolgono attività in outsourcing per conto di questa Azienda;

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

ACCONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

SI ()

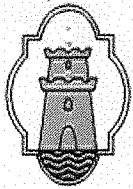
NO ()

ACCONSENSO che sia data comunicazione in ordine allo stato di salute alle sotto indicate persone:

- a nessuno ()
- a _____ Tel. _____
- al medico curante _____ tel. _____

ACCONSENSO che il referto sia reso disponibile:

- a nessuno ()
- a chiunque ne faccia richiesta ()
- soltanto a _____ tel. _____



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI CON DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

(il Dossier Sanitario è il "contenitore" di dati sanitari prodotti da questa Azienda consultabili all'interno della stessa)

ACCONSENTO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO E ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DI TUTTI I DATI PRODOTTI DA ORA IN POI

SI () NO ()

ACCONSENTO ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO ANCHE DI TUTTI I DATI PRECEDENTI

SI () NO ()

DATI SOGGETTI A MAGGIOR TUTELA

relativi ad atti di violenza sessuale o di pedofilia, all'infezioni da HIV o all'uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool, alle prestazioni erogate alle donne che si sottopongono ad interventi di interruzione volontaria della gravidanza o che decidono di partorire in anonimato e ai servizi offerti dai consultori familiari

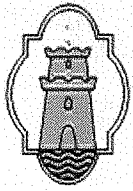
ACCONSENTO CHE TALI INFORMAZIONI SIANO CONSULTABILI SOLO DA:

Firma dell'Interessato o esercente potestà (estesa e leggibile):

Documento di riconoscimento tipo _____

n. _____ rilasciato il _____

n. _____ rilasciato il _____



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

ESPRESSIONE DEL CONSENSO IN FORMA ORALE

(procedura da utilizzare solo in casi specifici)

Io sottoscritto _____
matricola _____ in qualità di operatore autorizzato di questa Azienda, causa
impedimento dell'assistito, dichiaro di avere acquisito il consenso (verbale o con gesti) del Sig.
_____ riguardo al trattamento dei dati sensibili che lo riguardano.

Foggia, _____ Firma Operatore _____

N.B.: IL PRESENTE CONSENSO DEVE ESSERE CUSTODITO NELLA CARTELLA CLINICA DELL'ASSISTITO

