



CI-RM 13/6/2019

**DIPARTIMENTO DI ARITMOLOGIA**

*Direttore: Professor Carlo PAPPONE*

*Responsabile Servizio di Monitoraggio Remoto: Dr.ssa Emanuela T. LOCATI*

*Tecniche di Elettrofisiologia: Dr.ssa Elisa Ramondini – Dr.ssa Roberta Cotugno*

**Tel: 02-5277-4293 // e-mail: [monitoraggio.remoto@grupposandonato.it](mailto:monitoraggio.remoto@grupposandonato.it)**

**Io sottoscritto/a:**

Cognome

\_\_\_\_\_

Nome

\_\_\_\_\_

Nato/a

\_\_\_\_\_

(Prov. \_\_\_\_\_) in data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Portatore di** \_\_\_\_\_

**Azienda Fabbricante** \_\_\_\_\_

**A seguito del colloquio intercorso con il/la Dr./Dr.ssa:**

Cognome

\_\_\_\_\_

Nome

\_\_\_\_\_

In data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dichiaro di essere stato esaurientemente informato riguardo il programma di “Controllo Telemetrico Remoto in Portatore di Dispositivo Cardiaco Impiantabile” che prevede, per la sua esecuzione, la trasmissione dei miei dati personali all’Azienda fabbricante ed eventuali contatti telefonici da parte di Professionisti Sanitari del Dipartimento di Aritmologia dell’IRCCS Policlinico San Donato a fini esclusivamente terapeutici.

Nel corso del colloquio ho avuto modo di comprendere, nei contenuti essenziali, le caratteristiche del programma, essendo stati adeguatamente sviluppati i seguenti punti:

- Modalità
- Finalità e vantaggi
- Svantaggi della non accettazione

**I.R.C.C.S. Policlinico San Donato S.p.A. – Socio Unico**

Via Morandi 30 – 20097 San Donato Milanese (MI)  
Tel. +39 02.527741 | Fax 02.5274717 | [info.psd@grupposandonato.it](mailto:info.psd@grupposandonato.it)  
C. F., P.IVA e Reg. Imp. Milano 05853360153  
Capitale Sociale € 4.846.788 i.v.

[www.grupposandonato.it](http://www.grupposandonato.it)





CI-RM 13/6/2019

- Condizioni individuali particolari degne di nota: \_\_\_\_\_

**In particolare ho compreso che sistema di Monitoraggio Remoto non rappresenta un sistema per la gestione delle emergenze e che in caso di urgenza devo comunque contattare Medico Curante o 118 o recarmi in Pronto Soccorso**

**PERTANTO, CON LA CONSAPEVOLEZZA CHE L'ADESIONE PUÒ ESSERE REVOCATA IN QUALSIASI MOMENTO,**

**acconsento**

**non acconsento**

al programma di "controllo telemetrico remoto in portatore di dispositivo cardiaco impiantabile"

**autorizzo**

**non autorizzo**

il Personale del Dipartimento di Aritmologia dedicato al Servizio Monitoraggio Remoto dei Dispositivi Cardiaci Impiantabili al trattamento dei miei dati personali e sanitari, secondo le modalità previste dalla normativa vigente in materia. (si specifica che la mancata autorizzazione comporta l'impossibilità di attivare il programma di controllo telemetrico remoto).

Milano, li |\_\_|\_| / |\_\_|\_| / |\_\_|\_|\_|\_|\_|

Firma dell'Interessato

Sottoscrivo che l'informazione riguardante il programma di "Controllo Telemetrico Remoto in Portatore di Dispositivo Cardiaco Impiantabile" è stata resa secondo le modalità descritte nella procedura aziendale relativa all'acquisizione del consenso informato e che nell'ambito del percorso informativo

mi è stato consegnato materiale informativo

è stato richiesto l'ausilio di un Interprete/Mediatore culturale

Timbro e Firma del Medico



CI-RM 13/6/2019

Adesione revocata in data: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Firma dell'Interessato

Firma del Medico

NOTE