



Direttore: Professor Carlo PAPPONE

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

Tecnici di Elettrofisiologia:

Dr. Salvatore Famà - Dr. Flavio Mastrocinque - Dr.ssa Francesca Castellani –Dr. Marco Gugliotta

Tel: 02-5277-4199 // 02-5277-4323 // 02-5277-4293 // 02-5277-4218

e-mail: monitoraggio.remoto@grupposandonato.it

Io sottoscritto/a:

Cognome

Nome

Nato/a

[illegible]

(Prov. | |) in data

_____ / _____ / _____

Portatore di

Azienda Fabbricante

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

Cognome

[illegible]

Nome

[illegible]

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.

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
C. F., P.IVA e Reg. Imp. Milano 05853360153
Capitale Sociale € 4.846.788 i.v.

www.grupposandonato.it



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MILANO
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA



CI-RM 14/12/2021

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, vantaggi
- Limiti
- Svantaggi della non accettazione
- 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"

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

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
C. F., P.IVA e Reg. Imp. Milano 05853360153
Capitale Sociale € 4.846.788 i.v.

www.grupposandonato.it



**I.R.C.C.S. Policlinico
San Donato**

Gruppo San Donato



CI-RM 14/12/2021

Adesione revocata in data: |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Firma dell'Interessato

Firma del Medico

NOTE

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
C. F., P.IVA e Reg. Imp. Milano 05853360153
Capitale Sociale € 4.846.788 i.v.

www.grupposandonato.it

Sistema Sanitario



Regione
Lombardia



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MILANO
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA