



CI-RM 14/9/2022

DIPARTIMENTO DI ARITMOLOGIA ED ELETTROFISIOLOGIA

Direttore: Professor Carlo PAPPONE

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

Tecnici di Elettrofisiologia:

Dr. Flavio Mastrocinque - Dr. Salvatore Famà - Dr.ssa Francesca Castellani – Dr. Roberto Manuello – Dr.

Calogero La Greca – Dr. Gaetano Giudice

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

(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

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.





CI-RM 14/9/2022

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, 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



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

Gruppo San Donato



CI-RM 14/9/2022

Timbro e Firma del Medico

.....

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

Firma dell'Interessato

Firma del Medico

NOTE

.....
.....
.....
.....
.....