



DIPARTIMENTO DI ARITMOLOGIA ED ELETTROFISIOLOGIA
 Direttore: Professor Carlo PAPPONE
 Responsabile Servizio di Monitoraggio Remoto: Dr.ssa Emanuela T. LOCATI
 Tecnici di Elettrofisiologia: Dr. Gaetano Giudice – Dr.ssa Alessandra Colombo
 Dr.ssa Debora Taranto - Dr. Alberto Totta
 Tel: 02-5277-4293 e 02-5277-4199 // 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 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.



CI-RM 27/11/2023

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



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

Firma dell'Interessato

Firma del Medico

NOTE
