



REGIONE DEL VENETO
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITA' DI
PADOVA

C.F. e P.I.: 00349040287
35128 via Giustiniani, 1

**MODULO DI CONSULTAZIONE E/O RICHIESTA DOCUMENTAZIONE CLINICA
PER USO REPARTO E/O MOTIVI DI STUDIO**

UOC RICHIEDENTE	
DIRETTORE UOC	
TEL. INTERNO	

MEDICO RICHIEDENTE (medico strutturato):

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____ Comune di Nascita _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ Via _____

Dichiaro di essere a conoscenza del divieto di rendere pubblici i nominativi dei pazienti ai quali si riferiscono le cartelle consultate

TIMBRO E FIRMA

Qualora il medico richiedente non si rechi personalmente presso la sede di consultazione della documentazione clinica, deve essere individuata la persona delegata alla consultazione o/o richiesta documentazione clinica compilando i dati anagrafici di seguito richiesti.

PERSONA AUTORIZZATA ALLA CONSULTAZIONE E/O RICHIESTA DOCUMENTAZIONE CLINICA:

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____ Comune di Nascita _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ Via _____

Dichiaro di essere a conoscenza del divieto di rendere pubblici i nominativi dei pazienti ai quali si riferiscono le cartelle consultate

TIMBRO E FIRMA

N.B. La richiesta deve essere compilata in tutte le sue parti in maniera leggibile e trasmessa alla Segreteria della Direzione Medica Ospedaliera al fax n. 049/8212482 per l'autorizzazione.

**MODULO DI CONSULTAZIONE E/O RICHIESTA DOCUMENTAZIONE CLINICA
PER USO REPARTO E/O MOTIVI DI STUDIO**

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA

(barrare le voci interessate)

- Consulto del personale medico qualificato dell'Azienda Ospedaliera, quale soggetto Incaricato o Responsabile, ai sensi degli artt.30 e 29 del D.Lgs. n.196/2003, delle cartelle cliniche e della documentazione clinica relativa ai pazienti ambulatoriali per **acquisire urgenti e legittime informazioni, a fini terapeutici, su precedenti ricoveri e/o prestazione ambulatoriali di un paziente.**
- Copia della documentazione clinica per uso di reparto solo nel caso in cui il paziente è ricoverato.
- Consulto del personale medico qualificato dell'Azienda Ospedaliera, quale soggetto Incaricato o Responsabile, per motivi di studio e/o di ricerca scientifica, medica, **biomedica, sanitaria, epidemiologica o statistica**, sulla base di atto motivato che ne giustifichi le finalità, garantendo l'anonimato. La richiesta deve essere autorizzata dalla Direzione Medica Ospedaliera secondo i criteri previsti dagli artt.39 e 110 D. Lgs. n. 196/2003 ed i criteri contenuti nel presente regolamento ed in conformità del D. Lgs. n. 42/2004.

In tutti i casi dovranno essere osservate le norme vigenti in materia di tutela della riservatezza dei dati.

ELENCO DEI PAZIENTI, CON GENERALITA' COMPLETE, PER I QUALI SI RICHIEDE LA CONSULTAZIONE E/O RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

COGNOME E NOME PAZIENTE	DATA DI NASCITA	DATA DI RICOVERO O DI PRESTAZIONE AMBULATORIALE	UOC DI RICOVERO O AMBULATORIO

Se necessario, si può allegare al presente modulo l'elenco dei pazienti da consultare, datato e firmato dal medico richiedente, purchè siano indicate le voci previste dalla tabella sopra riportata in modo da permettere la rintracciabilità della documentazione da consultare e/o richiedere.

DATA _____ FIRMA MEDICO RICHIEDENTE _____

TIMBRO/FIRMA DIRETTORE UNITA' OPERATIVA

VISTO PER APPROVAZIONE: DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA
