Afbeelding met tekening

Automatisch gegenereerde beschrijving

**CAPACITY- COVID**

**Auto-certificazione per rifiuto**

**del proprio consenso a partecipare**

**Uso di documentazione sanitaria**

Nell’ [*nome dell’ospedale*] stiamo conducendo un programma di ricerca scientifica al fine di individuare terapie nuove e più efficaci. Per essere in grado di far questo, abbiamo bisogno di accedere ai dati contenuti nelle cartelle cliniche dei nostri pazienti.

**La documentazione sanitaria**

La documentazione sanitaria è l’insieme di dati e informazioni raccolti durante esami e visite mediche, test diagnostici e percorsi terapeutici. Questi dati vengono raccolti in formato elettronico.Tra i vari esempi si possono elencare:

* Il nome della malattia in questione (cioè la diagnosi)
* La terapia ed i risultati di tale approccio terapeutico
* Raggi X, TAC, risonanze magnetiche
* Elettrocardiogrammi
* Risultati delle analisi del sangue

**Rispetto della privacy**I dati di ciascun paziente sono strettamente confidenziali ed il rispetto della privacy è alla base del rapporto medico-paziente. Per questo, prima che si possano usare dei dati personali a scopo di ricerca scientifica, i dati esplicitamente personali vengono sostituiti con un codice. Questo codice, che è segreto, viene conservato nell’ospedale locale e permette al ricercatore di identificare il paziente originale in caso di bisogno.

Soltanto l’investigatore principale relativo al programma di ricerca ha accesso al codice segreto, in caso servano ulteriori dati o se la qualità dei dati iniziali debba essere verificata. Grazie a questo, la confidenzialità dei dati viene mantenuta e la privacy del paziente rispettata.

**I risultati della ricerca scientifica**

Il paziente non riceve delle informazioni sulla ricerca scientifica per cui questi dati sono stati usati. Per questo genere di informazioni, invitiamo il paziente a contattare il medico curante.

**Rifiuto del consenso**Se non sei d’accordo con l’uso della tua documentazione sanitaria a scopo scientifico e desideri negare il tuo consenso, riempi il modulo in calce. Questo farà sì che i tuoi dati non verranno usati. Al tempo stesso questo non avrà implicazione alcuna sul genere di assistenza medica che riceverai.

Nome e iniziali:…………………………………………………………………………………………..

Data di nascita:.………………………………………………………………………………………….

Sesso:…………………………………………………………………………………………………….

Numero d’identificazione del paziente: ……………………………………………………………….  
  
Rifiuto del consenso a partecipare: Non voglio che i miei dati personali siano utilizzati a scopo di ricerca scientifica.

Se stai compilando questo documento come delegato di un paziente che non è in grado di farlo personalmente, per favore specifica qual’è il tuo grado di rapporto nei riguardi del paziente:

Grado di parentela, affinità e/o altro col paziente:………………………………………………….

Luogo: ………………………………………………………………………………………………………

Data: ………………………………………………………………………………………………………...