

INFORMAZIONI IMPORTANTI SI PREGA DI LEGGERE ATTENTAMENTE

Gentile Utente,
le chiediamo di fare attenzione a quanto sotto riportato,
al fine di evadere la Sua pratica in maniera efficace e senza disguidi:

- A. I tempi per l'accesso agli atti è di 30 giorni, ma potrebbero essere più ampi, in quanto l'iter clinico potrebbe essere non ultimato. Si rammenta che per i ricoveri in dimissione protetta (codice 5, etc), le cartelle cliniche hanno un tempo di chiusura più ampio (circa 30 gg al reparto), per cui si invita a formalizzare la richiesta, **dopo l'avvenuta chiusura** da parte dell'Unità Operativa di ricovero;
- B. In caso di persone decedute, per motivi di medicina legale, la documentazione potrebbe subire notevoli ritardi in quanto l'Azienda procede a controlli del percorso clinico del paziente;
- C. Per quanto concerne le prestazioni in Day Hospital, s'invita il cittadino a verificare presso la UO che il Day Hospital sia stato chiuso informaticamente altrimenti **la richiesta non verrà accolta anche in presenza di bonifico bancario effettuato;**
- D. Per richiedere la documentazione clinica ante 1994, è indispensabile fornire le seguenti coordinate, ovvero, presidio ospedaliero/reparto di ricovero/data di entrata ed uscita del ricovero. Dette informazioni sono **"conditio si ne qua non"** al fine di effettuare la ricerca proficua, senza le quali risulterà impossibile dare riscontro all'accesso all'atto;
- E. **La richiesta sarà accolta solo nel caso i requisiti siano completi, ovvero, modulo di richiesta completo in ogni sua parte, bonifico bancario e documenti di riconoscimento dell'assistito e/o del delegato alla richiesta.**
- F. **Entro 7 giorni** verrà inviata apposita risposta di accoglimento all'indirizzo mail del richiedente che conterrà il numero di protocollo e la data prevista della consegna, **demandando al cittadino la verifica dei dati inseriti.**
In caso non si ricevano comunicazioni da parte dell'Azienda, l'utente è invitato a contattare l'Archivio Clinico per informazioni su eventuali anomalie (*crash informatico, richiesta incompleta, etc*) che possono non aver dato seguito all'accoglimento e quindi al feedback. E' utile precisare che anche in presenza di eventuale bonifico eseguito, la pratica potrebbe essere non eseguita per i motivi sopra esposti (punti a/b/c/d/e), in quanto l'Archivio Clinico prende conoscenza della volontà di richiedere un documento clinico, solo al momento dell'arrivo di una mail;
- G. Per gli atti concernenti la **Legge 194**, la richiesta ed il ritiro possono essere effettuati **solo ed esclusivamente** dal paziente medesimo;
- H. Le cartelle ambulatoriali hanno una conservazione limitata, per cui se si dovesse richiedere un atto antecedente i cinque anni dalla data della richiesta, potrebbe essere **non disponibile;**
- I. Quando la copia della cartella clinica sarà pronta, **se possibile**, il cittadino verrà avvisato mediante una mail o un contatto telefonico, l'utente potrà comunque telefonare per avere delucidazioni in merito alla sua pratica;
- J. Il documento clinico è in sola forma cartacea e non contiene documentazione per immagini;
- K. **La documentazione sanitaria non è trasmissibile telematicamente**
- L. **Spedizione:** l'Archivio procede ad un servizio a richiesta del cittadino, d'invio degli atti tramite Poste Italiane, con spese a carico del destinatario da corrispondere all'atto della consegna. In caso si desideri optare per questa scelta, è indispensabile per quanto concerne **i minori che venga allegata una autocertificazione di patria potestà da parte dei genitori,** mentre per i pazienti **deceduti, necessita la trasmissione di un atto che comprovi il grado di erede** (atto notorio/successione/etc) o una autocertificazione. Si prega di fare attenzione all'atto della compilazione del modulo, sia per quanto riguarda la trascrizione (in stampatello), sia in quanto una volta specificata la volontà della spedizione, quest'ultima non potrà essere modificata informaticamente. Si rammenta che **è onere del richiedente far sì che la documento giunga nelle proprie mani (portineria, citofono, etc), in quanto il plico riporterà il nome del paziente, non è possibile specificare altre coordinate postali (es. palazzina, interno, presso il Sig., etc).**
- M. La documentazione sarà conservata per un periodo di **365 gg per poi essere distrutta senza diritto al rimborso;**
- N. **Il ritiro della documentazione presso gli Uffici (LUN/MER/VEN 9 – 12)**
1) *Direttamente dal paziente munito del modulo di richiesta e un proprio documento di riconoscimento (valido)*
2) *Da altra persona (delegata) munita di copia dei documenti di riconoscimento del paziente e del delegato;*
3) *Nel caso che il paziente risulti deceduto, l'atto potrà essere ritirato solo da un erede di 1° grado dimostrabile in atti*

Per richiedere informazioni relativamente alle **sole richieste effettuate via mail**, contatto tel 06/58703366

Con la presente sottoscrizione, dichiaro di aver preso visione di quanto sopra rammentato e accetto di processare la richiesta, secondo i tempi e modi stabiliti dall'Azienda Ospedaliera

firma per accettazione(leggibile) _____

RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE CLINICA

Cognome e Nome Assistito _____ nato il: ____/____/____

a _____ residente a: _____ tel _____

COMPILARE SOLO IN CASO SI DESIDERI LA SPEDIZIONE (vedi foglio informativo punto L)

Domicilio spedizione: _____ n° _____ Comune _____ Cap _____ Prov _____

TIPOLOGIA DELL'ATTO RICHIESTO	n° copie
<p style="text-align: center; color: #0070c0;">CARTELLA AMBULATORIALE (costo € 5,00 per singola copia)</p> <p><i>(precisare la specialità medica eseguita es. ortopedia)</i> _____</p> <p style="text-align: center;">N° cartellino _____ anno _____</p> <p style="text-align: center; color: #008000;"><u>Oppure</u></p> <p>Stanza n° _____ anno _____ medico di riferimento _____</p>	
<p style="text-align: center; color: #0070c0;">PRONTO SOCCORSO (costo € 7,00 per singola copia)</p> <p><i>(n.b: se il PS è contestuale al ricovero è già accluso alla cartella clinica)</i></p> <p style="text-align: center;">Accesso in PS il ____/____/____</p>	n° copie
<p style="text-align: center; color: #0070c0;">CERTIFICATO DI DEGENZA (costo € 2,00 per singola copia)</p> <p style="text-align: center;">del ____/____/____</p> <p style="text-align: center; color: #c00000;"><i>(condizione fondamentale per il rilascio a vista, è produrre documento di riconoscimento, delega del paziente e documento di riconoscimento del delegato)</i></p>	n° copie
<p style="text-align: center; color: #0070c0;">CARTELLA CLINICA (costo € 15,00 per singola copia)</p> <p><i>(n.b: in caso di Day Hospital accertarsi direttamente al Reparto se sia stato chiuso informaticamente altrimenti non è possibile processare la richiesta)</i></p> <p>Reparto di dimissione _____</p> <p style="text-align: center;">dal ____/____/____ al ____/____/____</p> <p>Reparto di dimissione _____</p> <p style="text-align: center;">dal ____/____/____ al ____/____/____</p>	n° copie

Compilare solo se la richiesta viene effettuata da un delegato che comunque non è valida per il ritiro

Cognome e Nome _____ nato il: ____/____/____ tel _____

a _____ residente a: _____ Comune _____ Prov _____

Firma _____