

GENTILE UTENTE, LEGGA ATTENTAMENTE QUANTO SOTTO RIPORTATO, AL FINE DI EVADERE LA SUA PRATICA IN MANIERA EFFICACE E SENZA DISGUIDI

*Informativa aggiornata ai sensi della sentenza della corte di giustizia europea
(rilascio gratuito **prima copia** cartella clinica)*

RICHIESTA (bonifico codice IBAN IT80L0832703232000000002000 - Banca di Credito Cooperativo di Roma, intestato a "Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini", riportando nella causale "Richiesta cartella clinica o ambulatoriale o di pronto soccorso del sig./a Cognome e Nome".)

- A) La PRIMA copia della cartella clinica riferita ad ogni SINGOLO ricovero avvenuto, viene rilasciata gratuitamente, è in formato cartaceo, non contiene dischi e/o immagini e non è possibile l'invio telematico; I tempi per l'accesso agli atti è di 30 giorni ma potrebbero essere più ampi (dimissione protetta codice 6, etc), 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 ritardi; per i pazienti deceduti, necessita la trasmissione di un atto che comprovi il grado di erede (atto notorio/successione/etc) o una autocertificazione.
- C)** Per quanto concerne i ricoveri in **Day Hospital**, s'invita il cittadino a verificare presso il Reparto che sia stato chiuso informaticamente, altrimenti la richiesta non verrà accolta anche in presenza di bonifico bancario;
- D)** Per richiedere la documentazione clinica ante 1998, è indispensabile fornire: presidio ospedaliero/reparto di ricovero, data di entrata ed uscita del ricovero. Dette informazioni sono "conditio sine qua non" senza le quali risulterà impossibile dare riscontro all'accesso all'atto;
- E)** Per ricoveri avvenuti contemporaneamente ad un accesso in Pronto Soccorso, ovvero in presenza di trasferimento diretto interno, basterà richiedere la sola copia della cartella clinica in quanto il PS è accluso alla cartella clinica di degenza;
- F)** La richiesta sarà accolta solo nel caso i requisiti siano completi, ovvero : 1) modulo di richiesta completo in ogni sua parte, 2) bonifico bancario, 3) documenti di riconoscimento dell'assistito e/o del delegato alla richiesta. Le richieste formulate senza l'utilizzo della sopra citata modulistica, carenti di informazioni fondamentali per la lavorazione della pratica o in assenza del pagamento del contributo dovuto, saranno considerate nulle e, quindi, non accolte automaticamente. In caso di richieste telematiche entro 7 giorni verrà inviata apposita risposta di accoglimento all'indirizzo mail del richiedente con allegata la ricevuta di accesso agli atti, demandando al cittadino la verifica dei dati inseriti. In caso di mancato riscontro contattare l'Archivio Clinico.
- G)** La documentazione **ambulatoriale** ha una conservazione limitata, per cui gli atti antecedenti i cinque anni dalla data della richiesta, potrebbero essere inesigibili;
- H)** Le richieste e ritiro di atti considerati super sensibili (**es. Lg.194/78**), possono essere effettuate/ritirate solo ed esclusivamente dal paziente.
- I)** Il **certificato di degenza post dimissione** viene rilasciato a vista al paziente munito del documento di riconoscimento e/o da suo delegato, corredato anche delle copie dei documenti di riconoscimento

SPEDIZIONE

l'Azienda procede ad un servizio d'invio degli atti tramite Poste Italiane. 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), in quanto, una volta specificata la volontà della spedizione, quest'ultima non potrà essere modificata informaticamente.

RITIRO DELL'ATTO PRESSO AZIENDA – apertura sportelli (orario 9 – 12 lunedì/mercoledì/venerdì)

Il ritiro della documentazione può avvenire:

- 1) Direttamente dal paziente, munito della ricevuta rilasciata in fase di accoglimento e un proprio documento di riconoscimento (valido)
- 2) Da altra persona (delegata) munita della ricevuta rilasciata in fase di accoglimento ove è presente lo spazio delega, 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 (atto notorio, ecc.), copia del documento di riconoscimento
- 4) Per i **minori** il ritiro può essere effettuato solo dai genitori, anche disgiuntamente con autocertificazione di patria potestà o al tutore e copia del documento di riconoscimento
- 5) Legge 194 solo dal paziente medesimo

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

firma per accettazione(leggibile) _____

SCRIVERE IN STAMPATELLO

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

a _____ residente a: _____ tel _____

COMPILARE SOLO IN CASO SI DESIDERI LA SPEDIZIONE (n.b. specificare solo numeri civici (nessuna lettera, scala, palazzina, etc)

Domicilio spedizione (***l'atto verrà recapitato in plico chiuso a nome del paziente, non è possibile specificare altro destinatario***)

VIA/Piazza/etc _____ n° _____

Comune _____ Cap _____ Prov _____

COMPILARE LA PARTE INTERESSATA	n° copie
<p style="text-align: center;">CARTELLA AMBULATORIALE (costo € 5,00 per singola copia)</p> <p>Tipologia ambulatorio (<i>scrivere la tipologia es: ortopedia</i>) _____</p> <p>N° cartellino _____ anno _____ Oppure Stanza n° _____ anno _____ medico di riferimento _____</p>	n° copie
<p style="text-align: center;">PRONTO SOCCORSO (prima copia gratuita- seconda costo € 7,00 per singola copia) <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>CERTIFICATO DI DEGENZA (costo € 2,00 per singola copia) giorno dimissione ____/____/____</p>	n° copie
<p style="text-align: center;">CARTELLA CLINICA (costo prima copia gratuito, seconda copia € 15) <i>(n.b: per i Day Hospital deve essere chiuso informaticamente, altrimenti non è possibile processare la richiesta)</i></p> <p style="text-align: center;">Reparto di dimissione _____ dal ____/____/____ al ____/____/____</p> <p style="text-align: center;">Reparto di dimissione _____ dal ____/____/____ al ____/____/____</p>	n° copie

Firma _____