



## Consenso Informato del Paziente al trattamento sanitario

per pazienti/fruitori dei servizi di telemedicina Medel International S.r.l.

### Informativa

La Telemedicina consiste nell' erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite il ricorso a tecnologie innovative in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente non si trovano nella stessa località.

La Telemedicina rappresenta un'opportunità innovativa in favore dei pazienti nell'ambito della prevenzione, della diagnosi, delle terapie e dei monitoraggi dei parametri clinici.

Medel International S.r.l., per la divisione ActiveAction, eroga servizi di telemedicina nel rispetto delle indicazioni vigenti previste dalla linea guida "Telemedicina – Linee di indirizzo Nazionale", firmata da Governo, regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano.

Nel dettaglio, il paziente accede al servizio tramite un Operatore sanitario, adeguatamente formato, che comunica attraverso un'interfaccia con il centro servizi. Il medico riceve le informazioni sanitarie dal centro servizi tramite un'interfaccia ed emette l'esito inviandolo al centro servizi.

L'operatore sanitario riceve l'esito attraverso l'interfaccia e lo consegna al paziente.

L'utente è responsabile della correttezza delle informazioni fornite al farmacista riguardanti la propria storia clinica, le patologie in corso, l'assunzione di farmaci e di tutti gli elementi utili alla comprensione del quadro clinico.

ActiveAction utilizza unicamente dispositivi medici recanti marcatura CE secondo la Direttiva europea MDD 93/42/CEE o secondo il nuovo regolamento MDR 2017/745, e quindi in conformità con i più recenti standard tecnici europei applicabili per la loro indicazione d'uso.

Nel Manuale Utente vengono riportate le specifiche tecniche del dispositivo e le precauzioni di sicurezza.

### Formula di acquisizione del consenso dell'interessato al trattamento sanitario

Data:.....		Luogo: .....	
Nome, Cognome: .....			
Codice Fiscale:.....			
Servizio richiesto:		.....	



Il sottoscritto interessato dichiara di essere stato informato in merito a:

- Tipologia e dettagli dell'esame da eseguire;
- Parere professionista riguardo ai rischi degli accertamenti diagnostici, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico.

Alla luce di quanto sopra, il sottoscritto:

Acconsente     Non Acconsente

All'erogazione della prestazione di telemedicina.

.....

Data: .....	
Luogo: .....	
Nome Cognome: .....	
Codice Fiscale: .....	
Servizio Richiesto: .....	