essemme
dental studio

Cognome e Nome.....

Data e Luogo di nascita.....

Cf.....Indirizzo.....

Telefono.....email.....

Medico curante.....telefono.....

Per favore indichi: **peso** **altezza** **pressione del sangue**

ANAMNESI DEL PAZIENTE

1. Indichi le condizioni o le malattie di cui è stato o è affetto

FUMATORE	ALLERGIE	M. ALLERGOLOGICHE	ALTRE MALATTIE
☐ meno di 10 al dì	☐ antibiotici	☐ febbre da fieno	☐ diabete
☐ più di 10 al dì	☐ anestetici	☐ M. dei seni nasali/mascellari	☐ esofagite da reflusso
☐ più di 20 al dì	☐ farmaci (ASPIRINA)	☐ orticaria	☐ gastrite (no FANS)
M. CARDIOVASCOLARI	☐ guanti in LATTICE	☐ angioedema ereditario	☐ ulcera gastrica
☐ ipertensione	☐ polvere/pollini	**M. INFETTIVE**	☐ IPOtiroidismo
☐ insufficienza cardiaca	☐ metalli (thimerosal-Hg)	☐ epatite A	☐ IPERtiroidismo
☐ angina pectoris	☐ alimenti (vino/solfiti)	☐ epatite B	☐ insufficienza surrenalica
☐ infarto <6> mesi	**M. NEUROLOGICHE**	☐ epatite C	☐ insufficienza epatica
☐ fibrillazione atriale	☐ ansia	☐ tubercolosi	☐ cirrosi
☐ altre aritmie	☐ epilessia e convulsioni	☐ AIDS	☐ patologia renale
☐ soffi cardiaci	☐ depressione	**M. EMATOLOGICHE**	☐ tumori trattati con CHEMIOTERAPIA
☐ valvulopatia cariaca	☐ disturbi psichiatrici	☐ sanguina a lungo	☐ tumori trattati con RADIOTERAPIA
☐ interventi al cuore	☐ miastenia	☐ emofilia (no FANS)	☐ interventi ortopedia <2> anni
☐ M. congenita cardiaca	☐ ictus <6> mesi	☐ M. di Von Willebrand	☐ trapianto di organo
☐ febbre reumatica	☐ claustrofobia	☐ metaemoglobinemia (POCA ARTICAINA)	☐ dolori alla faccia
☐ febbre da scarlattina	**M. RESPIRATORIE**	☐ anemia microcitica	☐ apnea notturna
☐ anemia	☐ asma (no metabisolfiti)	☐ anemia falciforne (O_2)	☐ vene varricose gambe
☐ T. anticoagulante orale	☐ tosse	☐ trombofilia-V Leiden, C, S	☐
☐ pacemaker (no US)	☐ enfisema (BPCO)	☐ pregresse trasfusioni	☐

2. E' affetto da qualche **malattia, non presente nell'elenco** appena letto? Se sì, quale SI NO
3. E' stato **ricoverato in ospedale** o è stato sottoposto a qualche cura medica prolungata negli ultimi due anni? SI NO
4. Assume anticoagulanti orali come **COUMADIN, SINTROM, ASPIRINETTA**? (no FANS) SI NO
5. Ha eseguito **terapie farmacologiche** degne di nota negli ultimi due anni? (CORTISONE, ecc) SI NO
6. E' allergico (ovvero ha accusato eruzioni cutanee, prurito, gonfiore alle mani, piedi o occhi) o è sensibile alla **PENICILLINA, ASPIRINA, CODEINA, ANTIBIOTICI** o a qualche altro farmaco? Se sì, quale SI NO
7. Quando cammina o sale le scale deve fermarsi di frequente perché accusa dolore al torace, aumento della frequenza respiratoria o **facile affaticamento**? SI NO
8. Si sveglia di notte talvolta facendo **fatica a respirare**? SI NO
9. Fa difficoltà a **respirare dal naso** bene e liberamente? SI NO
10. Fa terapie per l'**osteoporosi** (BIFOSFONATI)? SI NO
11. Ha eseguito **RADIOGRAFIE** di tutta la bocca (**panoramiche**) o **TAC** negli ultimi due anni? SI NO
12. **Sviene** durante i prelievi di sangue o durante le punture? SI NO
13. Accusa qualche **disagio psicologico** in questo momento che si trova qui in attesa di essere visitato? SI NO
14. Si sente **un po' teso, nervoso, ansioso** quando deve andare o si trova dal dentista? SI NO
15. Ricorda di aver sperimentato qualche **esperienza negativa** in uno studio odontoiatrico? SI NO
16. **PER LE DONNE**: è in stato di gravidanza? SI NO
17. Assume farmaci per il controllo delle nascite (**PILLOLA**)? SI NO

Per quanto mi risulta le domande poste sono pertinenti e corrette. Qualora dovessi accusare qualche variazione del mio stato di salute o del trattamento farmacologico attuale informerò l'odontoiatra al prossimo appuntamento.

Data..... **Firma.....**

FARMACI ASSUNTI DAL PAZIENTE

NOME FARMACO	PRINCIPIO ATTIVO

MDAS >14 o > 18; VAS ; Sedaz.per os gtt ; SpO_2 ; Polso ; **A.S.A.: 1 2 3 4 5 E**

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEL PAZIENTE
Ex art.13 del Regolamento UE 2016/679

L'informativa descrive le caratteristiche del trattamento dei suoi Dati Personali da parte di IM.PARO SRL e Le indica i diritti che la normativa Le garantisce.

Tipi di dati oggetto del trattamento

IM.PARO SRL raccoglie i seguenti Dati Personali:

- *dati identificativi e di contatto (ad esempio nome e cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, indirizzo, numeri di telefono, indirizzo e-mail);*
- *dati contabili e fiscali;*
- *dati particolari: informazioni anamnestiche, dati sullo stato di salute, immagini radiologiche e fotografiche.*

Finalità, base giuridica, conservazione e natura facoltativa o obbligatoria del trattamento

I suoi Dati Personali saranno trattati per le seguenti finalità:

a. *gestire l'anagrafica dell'interessato;*
b. *rendere le prestazioni odontoiatriche richieste dall'interessato;*
c. *formulare diagnosi e garantire all'interessato le corrette cure e la necessaria assistenza (anche attraverso lo studio dell'immagine del paziente);*
d. *comunicare i dati a banche e finanziarie qualora volesse ottenere il finanziamento del corrispettivo da pagare (solo se presta specifico consenso alla comunicazione dei dati, ad esclusione dei dati particolari);*
e. *adempiere agli obblighi contrattuali di natura contabile e fiscale;*
f. *adempiere agli obblighi derivanti da leggi di fonte primaria e secondaria, anche di derivazione europea, o da disposizioni delle Autorità.*
g. *inviare informazioni e inviti ad eventi o a giornate di prevenzione e di informazione, ivi compresa la possibilità di recapitarle materiale informativo inerente l'attività, i prodotti e i servizi del Titolare. Nel caso decida di prestare il suo consenso per tale attività, la informiamo che queste potranno svolgersi per mezzo di: posta cartacea, contatti telefonici tramite operatore, e-mail, invio di sms o altri sistemi di messaggistica istantanea, utilizzo di social network.*

Il trattamento dei Dati Personali svolto da IM.PARO SRL è legittimo perché si fonda sui seguenti elementi e circostanze:

- *contratto sottoscritto dall'interessato;*
- *diagnosi, assistenza e/o terapia sanitaria (art. 9, lettera g del Regolamento 2016/679);*
- *consenso dell'interessato (per invio di informazioni e inviti ad eventi e a giornate di prevenzione);*
- *adempimento di obblighi di legge.*

I Suoi Dati Personali sono trattati sia in modalità cartacea che elettronica (server, database in cloud, software applicativi etc.).
IM.PARO SRL conserva le Sue informazioni personali solo per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono state raccolte, ovvero per I tempi previsti da specifiche normative, in particolare quella fiscale per i dati contabili. Inoltre, i tempi di conservazione della scheda clinica del paziente sono fissati in linea con il termine decennale di prescrizione dell'azione di responsabilità medica e la documentazione relativa ad esami diagnostici eseguiti direttamente presso lo Studio per 10 (dieci) anni.
Il conferimento dei suoi Dati Personali per le finalità sopra indicate alle lettere a., b., c., d., e., f. è facoltativo, ma in difetto, non sarà possibile espletare la prestazione medica ed odontoiatrica.
Il conferimento dei suoi Dati Personali per la finalità di cui alla lettera g. è facoltativo e l'eventuale mancato conferimento non impedirà l'espletamento della prestazione e l'erogazione dei servizi richiesti.

Destinatari e trasferimento dei Dati Personali

Possono accedere ai Suoi dati personali solo i soggetti interni (dipendenti e collaboratori), che ne abbiano necessità per offrirle il servizio di cura e limitatamente alle sole informazioni a ciò strumentali e connesse. In particolare:

- *personale amministrativo;*

e per quanto riguarda i dati sanitari:

- *personale odontoiatrico o medico;*
- *assistenti di studio odontoiatrico, personale infermieristico, ortodontisti e igienisti;*

I nostri dipendenti e collaboratori sono stati informati su quanto sia importante mantenere l'assoluto riserbo sui Suoi dati personali e adottiamo tutte le azioni necessarie per richiamare la loro attenzione sulle responsabilità in tema di protezione dei dati personali.
IM.PARO SRL condivide le Sue informazioni personali con alcuni soggetti esterni che lo coadiuvano nell'erogazione delle cure di cui necessita:

- *alle società di assicurazione, Casse mutua, Fondi aziendali individuati dall'interessato all'atto dell'accettazione;*
- *a collaboratori esterni quali ortodontisti, medici e dentisti specializzati che forniscono parte delle cure o provvedono a prestare una seconda opinione;*
- *a società esterne (eventualmente anche collocate all'estero in Paesi per i quali esistano decisioni di adeguatezza o atti analoghi) che siano produttori di strumenti, dispositivi ortodontici per la cui installazione il produttore deve intervenire tramite collegamento digitale;*
- *a banche e finanziarie qualora lei richiedesse allo Studio il finanziamento del corrispettivo da pagare (la comunicazione avverrà solo qualora sottoscriverà l'apposito consenso);*
- *al suo medico curante, previo rilascio del suo consenso specifico;*
- *commercialista, laboratorio odontotecnico e/o altri professionisti che prestano assistenza e consulenza al Titolare, i quali agiscono in qualità di responsabili esterni del trattamento.*

Qualora soggetti terzi accedano ai Suoi dati, lo faranno rispettando la normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e le istruzioni impartite dal Titolare.
Non comunichiamo le Sue informazioni personali ad altre terze parti senza la Sua autorizzazione, a meno, per quanto riguarda i dati sanitari, che non ricorrano circostanze particolari, ovvero quando la Sua salute o quella di qualcun altro sia in pericolo o quando sia richiesto dalla legge o da un'Autorità:

nel caso in cui si necessario per motivi di sicurezza ed igiene nazionale;
per motivi di interesse generale connessi alla sanità pubblica;
in relazione ad una richiesta proveniente dalle Autorità pubbliche.

I suoi diritti

Il Nuovo Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali (2016/679) Le garantisce, come interessato del trattamento, specifici diritti.
Per ciascun trattamento, può esercitare I seguenti diritti:

- **Diritto di accesso**: ha il diritto di ottenere una copia dei dati personali di cui siamo in possesso e che sono sottoposti a trattamento;
- **Diritto alla rettificazione**: ha il diritto di rettificare i Suoi dati personali conservati da IM.PARO SRL qualora non siano aggiornati o corretti;
- **Diritto di opporsi al trattamento di dati personali per finalità commerciali**: può chiedere che IM.PARO SRL cessi di inviare comunicazioni commerciali in qualsiasi momento;
- **Diritto di opporsi a decisioni basate su processi esclusivamente automatizzati:** può chiedere di non essere destinatario di decisioni prese in base a processi esclusivamente automatizzati, inclusa l'attività di profilazione;
- **Diritto di revocare un consenso prestato**: ha il diritto di revocare il consenso prestato per un determinato trattamento in qualsiasi momento;
- **Diritto di rivolgersi all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali**: ha il diritto di rivolgersi all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora abbia dubbi sul trattamento di dati personali operato.
- Può esercitare anche i seguenti diritti al ricorrere di determinate circostanze:
- **Diritto alla cancellazione**: può richiedere che IM.PARO SRL cancelli I Suoi dati personali qualora siano cessati gli scopi del trattamento e non sussistano interessi legittimi o norme di legge che ne impongano la continuazione;
- **Diritto di opporsi ad un trattamento**: può chiedere che IM.PARO SRL cessi di svolgere un determinato trattamento sui Suoi dati personali;
- **Diritto di limitare il trattamento**: ha il diritto di richiedere che IM.PARO SRL limiti le operazioni di trattamento sui Suoi dati personali;
- **Diritto alla portabilità del dato**: ha il diritto di ottenere una copia dei Suoi dati in un formato strutturato ed informaticamente trasferibile ad altro Titolare.

Qualora volesse esercitare I Suoi diritti, per favore invii una email o scriva al seguente indirizzo specificando la Sua richiesta e fornendoci le informazioni necessarie ad identificarla (allegando anche una copia del Suo documento di identità): info@essemme-od.it – Via Trieste 1/A, 29122 Piacenza (PC).

IM.PARO SRL le risponderà entro un mese. Se per qualche motivo non riuscissimo a risponderle, IM.PARO SRL le fornirà una spiegazione dettagliata sul motivo per cui non può soddisfare la Sua richiesta.

Letta e compresa l'informativa ex art.13 del Regolamento 2016/679
Acconsento ☐ Non acconsento ☐
al trattamento dei miei Dati Personali per ricevere informazioni e inviti ad eventi o a giornate di prevenzione via email o telefonicamente (*consenso facoltativo)*

Acconsento ☐ Non acconsento ☐
a comunicare i dati personali necessari alla banca o alla finanziaria per l'istruzione della pratica di finanziamento (*consenso obbligatorio solo qualora si voglia finanziare l'importo da pagare*)

Acconsento ☐ Non acconsento ☐
Alla comunicazione dei miei Dati Personali al mio medico curante *(consenso facoltativo)*

Data…… Firma……

Qualora il paziente sia minore:

Il sottoscritto……
Nato/a a……il……Residente in……
via……cap……
(dati dell'esercente la responsabilità genitoriale)
consapevole delle conseguenze previste dal dpr 445/2000 in caso di affermazioni mendaci, in qualità di genitore/tutore e come tale, legale rappresentante del minore:
……,
Nato/a a……il……Residente in……
via……cap……
(dati del minore)

Acconsento ☐ Non acconsento ☐
Alla comunicazione dei Dati Personali del minore al medico curante *(consenso facoltativo)*

Data…… Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore del minore……

Firma del medico……

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO E ACCETTAZIONE DELLA PRIMA VISITA ODONTOIATRICA

(D.Lgs. Nr 230/95 e successive modifiche ed integrazioni)

Il sottoscritto……tutore del minore……
Dichiaro che in data odierna sono state sottoposte alla mia attenzione e chiaramente descritte le modalità della prima visita odontoiatrica.
Acconsento, dunque, che gli odontoiatri di questa struttura, procedano alla visita clinica e alla raccolta di tutti i dati necessari per la formulazione della diagnosi dello stato di salute della bocca, fino alla formulazione di un piano di cura adeguato.

Data……
Firma……

Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore del minore……

Firma del medico……

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO E ACCETTAZIONE PER ESECUZIONE INDAGINI RADIOGRAFICHE
(D.Lgs. Nr 230/95 e successive modifiche ed integrazioni)

Il sottoscritto.....tutore del minore.....
Dovendosi sottoporre a.....
Relazione clinica sintetica per la motivazione e la giustificazione all' esame:

_____

_____

DICHIARA (selezioni le opzioni)

- Di essere stato dettagliatamente ed esaurientemente informato, in maniera chiara e comprensibile, delle problematiche diagnostiche che motivano l'esecuzione della procedura, della sua natura, dei vantaggi previsti per la sua salute ed anche degli eventuali rischi connessi all' uso delle radiazioni ionizzanti, nonché delle precauzioni prese per prevenirli.

- Di essere stata esaurientemente informata del fatto che l'esposizione alle radiazioni ionizzanti può determinare, **nel caso di donne in stato di gravidanza**, danni irreversibili alle cellule embrionali (primi 3 mesi di gravidanza) e a quelle fetali (dal 3° al 9° mese), potendo compromettere funzioni importanti e la stessa sopravvivenza del nascituro. A tale scopo dichiara sotto la propria responsabilità di non essere in stato di gravidanza ed autorizza l' Operatore ad eseguire la procedura diagnostica liberandolo da ogni responsabilità in caso di dichiarazione mendace.

E' OPPORTUNO RICORDARE CHE:

1. E' vietata l'esposizione non giustificata (D.L.vo Nr 187, Maggio 2000, art. 3)

2. L' indicazione clinica all'esecuzione di un esame radiologico è attentamente valutata dal medico che propone l' indagine e che sceglie la tecnica di indagine adatta a garantire il miglior risultato in termini diagnostici e di minor rischio per il paziente.

3. Nel D.L. 187/2000 art. 10, comma 4, è precisato che per le donne in gravidanza non è consentito l'impiego a scopo diagnostico di radiazioni ionizzanti se non in situazioni di urgenza, o di impossibilità di procrastinare l'indagine. In ogni caso l'esame deve essere eseguito soltanto dopo aver ottenuto il **consenso informato scritto** dalla paziente.

4. Va tuttavia evidenziato che le dosi di radiazioni erogate dalle attuali apparecchiature radiologiche non sono tali da indurre lesioni ad organi o tessuti (cosiddetti "effetti deterministici") e la probabilità di effetti tardivi, soprattutto carcinogenetici (cosiddetti "effetti stocastici") è estremamente bassa.

5. La dose di radiazioni che verrà erogata durante l'esecuzione dell'esame CT CONE BEAM con l'apparecchio SIRONA ORTHOPHOS SL con tubo Siemens SR90/15FN può variare fra i 618 ed i 1102 $mGy*cm^2$ circa, a seconda del volume irradiato e della tecnica scelta dal Medico per l' esecuzione dell' esame. Da tal valore si ricava una dose efficace massima pari a circa 233 mSv (calcolata con simulazioni montecarlo per radiologia diagnostica convenzionale PCXMC STUK Radiation and Nuclear Safety Authority – FINLAND) per un paziente adulto di circa 30 anni.

6. L'incidenza statistica percentuale di carcinoma associata all' assorbimento di tali valori di dose risulta pari a circa 0,00025% (2,5 casi su 1.000.000).A titolo indicativo se una radiografia panoramica determina un assorbimento di dose pari a quello assorbito in 1-5 giorni per effetto delle radiazioni dovute al fondo naturale, la dose dovuta ad un esame Cone Beam CT è equivalente a quella assorbita in qualche settimana per effetto delle stesse radiazioni del fondo naturale.

Data.....
Firma.....

Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore del minore.....

Firma del medico.....