

SIRIS: Richiesta di cancellazione di un modulo in caso di rifiuto del consenso

1. Informazioni sulla clinica

Clinica

Luogo

2. Motivo della richiesta di cancellazione

☐ Il/la paziente ha rifiutato la registrazione; si allega copia. (→ Passare direttamente al punto 5.)

☐ Il/la paziente ha rifiutato la registrazione, ma non è disponibile alcuna copia scritta.

☐ Non è stato possibile ottenere il consenso scritto perché: _____

3. Dati relativi al/alla paziente

Nome

Cognome

N. di paziente

Data di nascita

4. Informazioni sull'intervento

Articolazione operata

Lato

Tipo di intervento

☐ Anca

☐ Ginocchio

☐ Spalla

☐ Destro

☐ Sinistro

☐ Primario

☐ Revisione*

Data dell'intervento: _____

*In caso di rifiuto della registrazione di una revisione, potrebbe essere necessario cancellare anche l'intervento primario corrispondente per preservare l'integrità del tasso di revisione.

5. Conferma di operatore/operatrice

Prendo atto che il modulo o i moduli relativi all'intervento indicati del suddetto paziente saranno cancellati dalla banca dati SIRIS.

Nome e cognome dell'operatore/operatrice

Data

Firma