NOME: ........................................ COGNOME: ..................................

DATA DI NASCITA: ....... / ....... / ................

**Informazioni e consenso**

**TELEMONITORAGGIO DI UN DISPOSITIVO IMPIANTATO**

(Pacemaker, defibrillatore o registratore di eventi)

Cara paziente, caro paziente,

Le è stato impiantato un pacemaker, un defibrillatore o un registratore di eventi. Il suo medico le ha consigliato di controllare il corretto funzionamento di questo dispositivo tramite telemonitoraggio e di trasmettere dati personali come nome, data di nascita, indirizzo, e dati medici come il verificarsi di aritmie.

**Funzionamento del telemonitoraggio**

Riceverà una stazione di ricezione che dovrà essere posizionata accanto al suo letto. Questa si connetterà automaticamente ogni notte con il dispositivo impiantato e scaricherà i dati. A seconda del sistema, può anche essere possibile attivare manualmente questa connessione. I dati vengono trasmessi tramite rete mobile o linea fissa a un centro internazionale che li elabora e ce li mette a disposizione. Quando si verificano eventi predefiniti, come aritmie o malfunzionamenti del dispositivo, ci viene pure trasmessa una notifica.

**Note importanti relative al telemonitoraggio**

• Secondo le esperienze fatte finora, il telemonitoraggio dei dispositivi impiantati aumenta la sicurezza dei pazienti. Tuttavia, anche con il telemonitoraggio, non tutte le situazioni potenzialmente pericolose possono essere rilevate in tempo. Il telemonitoraggio può anche, in rari casi, produrre avvisi in situazioni non giustificate.

• Il telemonitoraggio funziona solo se una stazione di ricezione è posizionata vicino al suo letto. Inoltre, deve essere disponibile una copertura di rete mobile o una linea fissa. La trasmissione dei dati può fallire per motivi tecnici.

• I suoi dati vengono trasmessi e trattati elettronicamente. Le persone responsabili della manutenzione del sistema di telemonitoraggio possono accedere ai suoi dati e utilizzarli in forma anonima per migliorare le prestazioni del dispositivo, controllare gli aggiornamenti del sistema e svolgere altri lavori di ricerca.

• Il telemonitoraggio non sostituisce le visite regolari dal medico, necessarie per controllare il suo dispositivo.

• In caso di emergenza o sintomi, deve sempre consultare un medico. In particolare, l'attenzione rivolta a eventuali allarmi del dispositivo impiantato (come segnali acustici o vibrazioni) non può essere sostituita dal telemonitoraggio.

• Si prega di notare che i dati trasmessi tramite telemonitoraggio vengono trattati solo nei giorni feriali tra le 8:00 e le 18:00. Pertanto, se viene segnalato un evento tramite telemonitoraggio, eventuali misure necessarie possono essere prese al più presto il giorno feriale successivo alla trasmissione dei dati.

• Il telemonitoraggio del suo dispositivo può essere interrotto in qualsiasi momento su sua richiesta. Allo stesso modo, la partecipazione al telemonitoraggio può essere interrotta dal suo medico dopo averla informata in anticipo.

• Per garantire il telemonitoraggio del suo dispositivo, i suoi dati possono essere trasferiti in altri paesi, che potrebbero non avere le stesse normative sulla protezione dei dati della Svizzera. Misure di sicurezza tecnologiche appropriate (crittografia/codifica) vengono adottate per impedire l'accesso non autorizzato ai suoi dati personali.

Può contattarci se non ha capito qualcosa o se qualcosa le sembra importante ma non è menzionato in questo documento o nel colloquio con il medico.

**Consenso al telemonitoraggio**

Il medico firmatario ha avuto un colloquio finale con me sulla base di questo documento informativo. Ho compreso le spiegazioni e ho potuto porre tutte le mie domande. Con la presente, accetto il telemonitoraggio e il trasferimento e l'utilizzo dei dati associati.

Luogo e data: .....................................................................................................

Firma del/la paziente: ..............................................................................................

Firma del medico: .....................................................................................................

Accetto la raccolta e l'analisi dei dati scientifici del mio esame in forma crittografata. Se necessario, la tracciabilità dei dati è garantita per assicurare la qualità. Vi garantiamo un diritto di accesso completo per consultare i vostri dati archiviati. Potete revocare questo consenso in qualsiasi momento senza motivo e senza subire conseguenze. In tal caso, tutti i suoi dati verranno completamente e definitivamente eliminati.

Luogo e data: .....................................................................................................

Firma del/la paziente: .............................................................................................