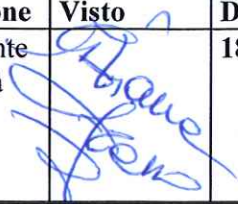
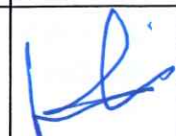


|                                                                                   |                                                                            |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|  | <b>PROCEDURA DI PRODUZIONE E RILASCIO DI<br/>COPIA DI CARTELLA CLINICA</b> | PS 03<br>REV. 5<br><br>Pag 1/4 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|

## INDICE

|                                                                                |              |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>1. MODIFICHE.....</b>                                                       | <b>PAG.2</b> |
| <b>2. OGGETTO.....</b>                                                         | <b>PAG.2</b> |
| <b>3. SCOPO.....</b>                                                           | <b>PAG.2</b> |
| <b>4.DEFINIZIONE.....</b>                                                      | <b>PAG.2</b> |
| <b>5. CAMPO DI APPLICAZIONE.....</b>                                           | <b>PAG.2</b> |
| <b>6.RESPONSABILITA'.....</b>                                                  | <b>PAG.2</b> |
| <b>7. INDICATORI.....</b>                                                      | <b>PAG.2</b> |
| <b>8. CONTENUTO.....</b>                                                       | <b>PAG.2</b> |
| <b>8.1 Dove richiedere copia della cartella clinica.....</b>                   | <b>PAG.2</b> |
| <b>8.2 Chi può richiedere copia della cartella clinica.....</b>                | <b>PAG.3</b> |
| <b>8.3 Come si richiede copia della cartella clinica.....</b>                  | <b>PAG.3</b> |
| <b>8.4 A chi si consegna la richiesta di copia della cartella clinica.....</b> | <b>PAG.3</b> |
| <b>8.5 Quando richiedere la copia della cartella clinica.....</b>              | <b>PAG.3</b> |
| <b>8.6 Come si ritira la copia della cartella clinica.....</b>                 | <b>PAG.4</b> |
| <b>8.7 Com'è fatta la copia conforme della cartella clinica.....</b>           | <b>PAG.4</b> |
| <b>8.8 Costi.....</b>                                                          | <b>PAG.4</b> |
| <b>8.9 Tempi di rilascio.....</b>                                              | <b>PAG.4</b> |
| <b>9. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO.....</b>                                        | <b>PAG.5</b> |
| <b>10. ALLEGATI.....</b>                                                       | <b>PAG.5</b> |

| REDAZIONE |                      |                                                                                     | APPROVAZIONE |          |                                                                                     | VERIFICA |          |                                                                                       |
|-----------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Data      | Funzione             | Visto                                                                               | Data         | Funzione | Visto                                                                               | Data     | Funzione | Visto                                                                                 |
| 18/03/25  | Referente<br>Qualità |  | 18/03/25     | D.S      |  | 18/03/25 | D.L.     |  |

## 1. MODIFICHE

| PAGINE MODIFICATE | TIPO-NATURA DELLA MODIFICA |
|-------------------|----------------------------|
| Tutte             | Revisione totale           |
|                   |                            |
|                   |                            |

## 2. OGGETTO

La presente procedura definisce in modo chiaro i tempi e le modalità di rilascio di copia conforme all'originale della cartella clinica.

## 3. SCOPO

Lo scopo è dare puntuale risposta agli utenti con procedure trasparenti ed efficienti, semplificando le modalità di richiesta e ritiro della copia e riducendo i tempi di riproduzione.

## 4. DEFINIZIONE

La copia conforme all'originale è il documento che riproduce per intero ed in modo integrale la cartella clinica.

La cartella clinica è unica e indivisibile ed è composta da 3 parti che non devono essere separate al momento del rilascio di copia:

- 1) modulo riabilitazione;
- 2) scheda fisiatrica;
- 3) cartella amministrativa.

L'autenticazione della copia della cartella clinica spetta al Direttore Sanitario.

La copia conforme deve riportare: la data e il luogo del rilascio, il numero dei fogli impiegati, la firma del Direttore Sanitario ed il timbro di Villa Salus S.r.l..

## 5. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutte le UU.OO. di Villa Salus:

- U.O. Riabilitazione
- U.O. CRA.

## 6. RESPONSABILITÀ

|                               |                                           |
|-------------------------------|-------------------------------------------|
| Direttore Sanitario           | Responsabile della applicazione procedura |
| Responsabile Ufficio Ricoveri | Applicazione della procedura              |

## 7. INDICATORI

| Indicatore                                | Frequenza di verifica | Modalità di verifica |
|-------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| 1) Percentuale di richieste copie inevase | Annuale               | Report               |
| 2) Percentuale tempi di consegna copie    |                       |                      |

## 8. CONTENUTO

### 8.1 Dove richiedere copia della cartella clinica.

Il "Modulo richiesta copia cartella clinica" (R01-PS03) potrà essere ritirato presso l'Ufficio Ricoveri o il Front Office di Villa Salus negli orari di apertura: dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:00 alle ore 14:00.

Ogni informazione relativa alla copia della cartella clinica potrà essere richiesta di persona all'Ufficio Ricoveri o al numero telefonico 0541-1844426 nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:00 alle ore 14:00.

### 8.2 Chi può richiedere copia della cartella clinica.

La cartella clinica potrà essere richiesta:

1. dal diretto interessato, previa esibizione di un documento di riconoscimento;
2. da chi esercita la responsabilità genitoriale, in caso di minore, compilando certificazione sostitutiva di atto notorio che ne attesti lo status ed esibendo documento di riconoscimento;
3. dal tutore e l'amministratore di sostegno, esibendo la documentazione che ne comprovi la tutela ed i documenti di riconoscimento del tutore/amministratore di sostegno e del tutelato/beneficiario;
4. dalla persona fornita di delega scritta firmata dal diretto interessato, con i documenti di riconoscimento di entrambi i soggetti (interessato e delegato);
5. dagli eredi in caso di morte del soggetto interessato, compilando il certificato sostitutivo di atto notorio che attesti lo status di erede ed esibendo documento di riconoscimento;
6. dall'autorità giudiziaria.

### 8.3 Come si richiede copia della cartella clinica.

La richiesta della copia conforme all'originale della cartella clinica dovrà essere presentata compilando e firmando il "*Modulo richiesta copia cartella clinica*".

Il "*Modulo richiesta copia cartella clinica*" dovrà contenere:

- a) dati anagrafici completi dell'interessato (data e luogo di nascita, residenza, recapito telefonico, documento di identità),
- b) reparto di degenza,
- c) periodo di degenza,
- d) modalità di ritiro (direttamente, presso l'Ufficio Ricoveri o mediante spedizione con posta ordinaria a domicilio),
- e) indicazione di eventuale delegato al ritiro della copia,
- f) firma autografa dell'interessato o dell'avente diritto (cfr. art.8.2),
- g) data.

### 8.4 A chi si consegna la richiesta di copia della cartella clinica.

Il "*Modulo richiesta copia cartella clinica*", debitamente compilato, datato e firmato dovrà essere consegnata all'Ufficio Ricoveri o al Front Office o, in alternativa, dovrà essere inviato ad uno dei seguenti indirizzi di posta elettronica:

- [ufficioricoveri@villasalus.rn.it](mailto:ufficioricoveri@villasalus.rn.it),
- [villasalus@pec.it](mailto:villasalus@pec.it).

In caso di spedizione a mezzo posta elettronica, il modulo debitamente compilato e firmato dovrà essere trasmesso:

- dalla P.E.C. personale dell'interessato ricoverato o di persona avente diritto (cfr. 8.2);
- dalla email personale dell'interessato o di persona avente diritto (cfr. 8.2).

### 8.5 Quando richiedere la copia della cartella clinica.

I degenti della U.O. Riabilitazione o gli aventi diritto (cfr.8.2) potranno richiedere copia della cartella clinica dopo le dimissioni del degente.

I residenti della U.O. CRA – Casa Residenza Anziani o gli aventi diritto (cfr.8.2) potranno chiedere copia della cartella clinica anche durante il periodo di degenza del residente, indicando espressamente il periodo di tempo in relazione al quale si chiede la copia.

### 8.6 Come si ritira la copia della cartella clinica.

La copia della cartella clinica potrà essere ritirata presso il Front Office di Villa Salus dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:00 alle ore 20:00.

1. dal diretto interessato, previa esibizione di un documento di riconoscimento;
2. dall'avente diritto, che dovrà esibire la documentazione indicata all'art.8.2 che precede;

Al momento del ritiro, l'interessato o l'avente diritto, previa esibizione di documento di identità, dovrà firmare per avvenuta consegna il "*Modulo richiesta copia cartella clinica*"; detto modulo verrà poi inserito all'interno della cartella amministrativa della cartella clinica.

In alternativa, la copia conforme della cartella clinica potrà essere inviata per posta all'indirizzo indicato nel "*Modulo richiesta copia cartella clinica*", con spese di spedizione a carico del richiedente; in tal caso il "*Modulo richiesta copia cartella clinica*" verrà inserito all'interno della cartella amministrativa della cartella clinica senza firma per avvenuto ritiro.

Successivamente, l'avvenuta consegna brevi manu o l'invio al domicilio della copia della cartella clinica verranno registrati su apposito file elettronico.

### 8.7 Com'è fatta la copia conforme della cartella clinica.

La copia conforme è la fotocopia integrale di tutta la cartella clinica.

Le pagine della copia conforme dovranno essere numerate in ordine progressivo e cronologico.

Le pagine bianche dovranno essere barrate.

Sulla prima pagina della copia conforme dovranno essere apposti il timbro "*copia eseguita in data*".

Sull'ultima pagina della copia conforme dovranno essere apposti il timbro "*copia conforme all'originale*" e la firma dal Direttore Sanitario.

### 8.8 Costi.

La richiesta di prima copia della cartella clinica è gratuita, in caso di ritiro presso l'Ufficio Ricoveri o il Front Office di Villa Salus.

Nel caso in cui venga chiesta la spedizione di copia della cartella clinica a mezzo posta ordinaria, le spese di spedizione saranno a carico del richiedente e saranno pagate mediante contrassegno.

La richiesta di ogni ulteriore copia (successiva alla prima) avrà un costo di €.50,00 ciascuna.

### 8.9 Tempi di rilascio.

La copia conforme all'originale della cartella clinica verrà consegnata o spedita entro 10 giorni dalla ricezione del "*Modulo richiesta copia cartella clinica*".

## 9. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Autovalutazione ed accreditamento delle Strutture Sanitarie: linee guida, liste di verifica, requisiti specifici.
- PA 01 (procedura di controllo dei documenti del sistema qualità)
- PA03 (procedura di gestione delle non conformità)

## 10. ALLEGATI

1. R01 PS03 (modulo richiesta copia cartella clinica)
2. Allegato 01-PS03 (Nomine responsabili e Referenti)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Documento di identità: \_\_\_\_\_

Chiedo alla Direzione della Casa Di Cura "Villa Salus", il rilascio di copia cartella clinica relativa al ricovero di :

- ☐ me medesimo  
☐ del/la Sig./ra. \_\_\_\_\_ Impossibilitata a firmare per le sue condizioni psico-fisiche.

nel reparto: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- ☐ Ritiro direttamente la copia personale  
☐ Delego al ritiro, sotto la mia responsabilità, il/la Sig. \_\_\_\_\_  
☐ Copia della cartella sarà inviata per posta al seguente indirizzo:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**NOTA:** per il ritiro della copia della cartella è necessario presentarsi con un documento di identità .

In conformità all'art 5 del D.Lgs n 33/2013, si riporta il nominativo del responsabile della corretta tenuta della cartella clinica Direttore Sanitario Dott. Pantazis Pantazopoulos recapito telefonico 0541/720315

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Documento d'identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato il \_\_\_\_\_

-----  
Dichiaro di avere ritirato la documentazione clinica di cui sopra:

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

