

	<b>PROCEDURA DI PRODUZIONE E RILASCIO DI COPIA DI CARTELLA CLINICA</b>	PS 03 REV. 6  Pag 1/3
---	--	--------------------------------

## SOMMARIO

<b>1. MODIFICHE.....</b>	<b>2</b>
<b>2. OGGETTO E SCOPO.....</b>	<b>3</b>
2.1. OGGETTO.....	2
2.2. SCOPO.....	2
<b>3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....</b>	<b>2</b>
<b>4. RESPONSABILITÀ.....</b>	<b>2</b>
<b>5. INDICATORI APPLICABILI.....</b>	<b>2</b>
<b>6. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO.....</b>	<b>2</b>
<b>7. CONTENUTO.....</b>	<b>2</b>
<b>8. ALLEGATI.....</b>	<b>3</b>
<b>9. DESTINAZIONE DEL DOCUMENTO.....</b>	<b>3</b>

REDAZIONE			APPROVAZIONE			VERIFICA		
Data	Funzione	Visto	Data	Funzione	Visto	Data	Funzione	Visto
11/06/24	Ref Qualità		11/06/24	D.S		11/06/24	D.L	

	<b>PROCEDURA DI PRODUZIONE E RILASCIO DI COPIA DI CARTELLA CLINICA</b>	PS 03 REV. 6 Pag 2/3
---	--	----------------------------

## 1. MODIFICHE

PAGINE MODIFICATE	TIPO-NATURA DELLA MODIFICA
Pag.2 punto 4. <b>RESPONSABILITA'</b>	<b>Aggiornamento nominativi</b>
Pag. 3 <b>CONTENUTO</b>	<b>Aggiornamento recapiti telefonici e potere sostitutivo.</b>

## 2. OGGETTO E SCOPO

### 2.1. Oggetto

Definire tempi, modi e responsabilità per la consegna della copia di cartella clinica

### 2.2. Scopo

Garantire tempestività, qualità e corrette modalità di consegna della copia della documentazione sanitaria dei pazienti ricoverati presso Villa Salus

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Tutte le richieste di cartelle cliniche di tutte le U.O. di degenza di Villa Salus.

## 4. RESPONSABILITÀ

<i>Direttore Sanitario</i>	Responsabile applicazione procedura
<i>Impiegata Ufficio Ricoveri</i>	Referente di procedura

## 5. INDICATORI APPLICABILI

Indicatore	Frequenza di elaborazione	Report
% di copie non pronte per la consegna o l'invio entro il tempo previsto	annuale	

## 6. 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)

## 7. CONTENUTO:

La Cartella Clinica del degente è unica e indivisibile ed è composta da 3 parti che non devono essere separate tra loro al momento della copia:

- Modulo Riabilitazione;
- Scheda Fisiatrica;
- Cartella amministrativa;

Al fine di ottenere copia della cartella clinica, il residente o un suo familiare, deve compilare il modulo richiesta copia cartella clinica (R01-PS03) fornito dall'Ufficio Ricoveri o dal Front Office. *Tutte le informazioni necessarie possono essere richieste al seguente recapito telefonico 0541-720315.*

La cartella clinica può essere richiesta successivamente alla dimissione dall'avente diritto tramite:

- pec personale del ricoverato o di persona avente diritto;
  - mail personale del ricoverato o di persona avente diritto;
  - di persona dal ricoverato stesso o da persona avente diritto;
- scrivendo a [ufficioricoveri@villasalus.rn.it](mailto:ufficioricoveri@villasalus.rn.it) oppure a [villasalus@pec.it](mailto:villasalus@pec.it);

Il costo fisso di duplicazione della cartella clinica è di 25,00€;  
in caso di spedizione con posta ordinaria, pec o ritiro di persona, il costo non subisce variazioni;  
in caso di spedizione della cartella clinica con posta raccomandata sarà utilizzato un servizio di posta raccomandata a carico del destinatario;  
La modalità di ricezione o ritiro della cartella clinica deve essere espressamente segnalato all'interno del modulo di richiesta.

L'addetta provvederà entro 10 giorni dalla ricezione della domanda ad esaudire la richiesta di duplicazione.

Successivamente alla corretta ricezione della domanda, l'impiegata procede a fotocopiare e numerare tutte le pagine della cartella clinica in ordine cronologico, barrando le pagine bianche; appone sull'ultima pagina il timbro "copia conforme all'originale" sul quale il Direttore Sanitario, dopo ulteriore verifica e controllo, apporrà la sua firma di visto e timbra il frontespizio dell'originale con il timbro 'copia eseguita in data' apponendo la propria firma.

L'addetta provvederà a chiudere in busta chiusa la copia della cartella clinica e la posizionerà nell'apposita sezione dedicata in attesa del ritiro, o provvederà alla spedizione.

Al momento del ritiro, l'impiegata si accerta dell'identità del richiedente e fa apporre, sul modulo di domanda, all'utente o al familiare, la firma e la data per l'avvenuta consegna, inserendo tale modulo all'interno della cartella amministrativa; nel caso in cui la copia venga spedita al domicilio, viene archiviato senza firma dell'avvenuto ritiro.

*In caso di ritardo o mancata risposta da parte del soggetto titolare della procedura potrà altresì rivolgere la richiesta di rilascio cartella clinica al referente dell'Ufficio Ricoveri riportato in Allegato 1 ed al seguente recapito telefonico 0541-720315.*

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

## **8. ALLEGATI**

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

## **9. DESTINAZIONE DEL DOCUMENTO**

La presente procedura deve essere distribuita a:  
Uffici Amministrativi  
Direzione Sanitaria  
Ufficio Ricoveri  
Front Office

NOMINATIVO	RUOLO E RESPONSABILITA'
Direttore Sanitario <i>Dott. Pantazis Pantazopoulos</i>	Responsabile applicazione procedura 0541-720315 <a href="mailto:dirsan@villasalus.rn.it">dirsan@villasalus.rn.it</a>
Impiegata Ufficio Ricoveri <i>Peroni Silvia</i>	Referente di procedura 0541-720315 <a href="mailto:ufficioricoveri@villasalus.rn.it">ufficioricoveri@villasalus.rn.it</a>
Impiegata Ufficio Ricoveri <i>Forlano stefania</i>	Sostituto Referente di procedura in caso di mancato adempimento da parte del soggetto titolare. 0541-720315 <a href="mailto:ufficioricoveri@villasalus.rn.it">ufficioricoveri@villasalus.rn.it</a>

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 \_\_\_\_\_