



## Sol·licitud de segona opinió mèdica\*

### Dades del/de la pacient

|        |                    |                     |
|--------|--------------------|---------------------|
| Nom    | 1r cognom          | 2n cognom           |
| DNI    | CIP                | Telèfon de contacte |
| Adreça | Municipi/localitat | Codi postal         |

En cas que s'autoritzi l'informe de segona opinió mèdica, demano que l'envieu per correu certificat a l'adreça indicada

no  sí

### Dades de la persona que actua en nom del/de la pacient *(si escau)*

|     |           |           |                     |
|-----|-----------|-----------|---------------------|
| Nom | 1r cognom | 2n cognom | Telèfon de contacte |
|-----|-----------|-----------|---------------------|

### Dades del centre sanitari on s'està atenent el/la pacient

|  |   |                     |
|--|---|---------------------|
| Nom del centre                           | Adreça                                    | Telèfon de contacte |
| Núm. d'història clínica                  | Servei assistencial o especialitat mèdica |                     |
| Nom i cognoms del metge/essa responsable | Unitat que tramita la sol·licitud         |                     |

### Dades assistencials

Diagnòstic

Motiu de la sol·licitud

orientació diagnòstica  confirmació terapèutica

altre *(especifiqueu-lo):*

Documentació clínica que s'adjunta

anàlisis clíniques  Rx  TC  RNM

anatomia patològica  altra *(especifiqueu-la):*

### Dades del centre sanitari on el/la pacient sol·licita la segona opinió mèdica *(s'ha d'adjuntar la relació de centres per especialitat mèdica que es poden sol·licitar)*

|   |                               |                     |
|---|-------------------------------|---------------------|
| Nom del centre  | Adreça                        | Telèfon de contacte |
| Servei assistencial o especialitat mèdica que se sol·licita | Unitat que rep la sol·licitud |                     |

Signatura del/de la pacient o de la persona que actua en el seu nom *(en aquest cas, adjunteu la documentació acreditativa corresponent)*

Data

### Autorització *(aquest espai l'ha d'emplenar la regió sanitària corresponent)*

Sol·licitud aprovada  Sol·licitud denegada *(especifiqueu el motiu):*

Nom del centre assignat:

Data confirmada de la programació de la visita:

\* Aquesta sol·licitud comporta que el/la pacient autoritza accedir a la seva història clínica les persones, els centres i/o els organismes que, d'acord amb el procediment establert en el Decret 125/2007, de 5 de juny, pel qual es regula l'exercici del dret a obtenir una segona opinió mèdica, requereixin d'aquest accés per tramitar i dur a terme la segona opinió mèdica.

Les dades que consigneu en aquest document constaran en el registre d'informació sanitària de pacients. La finalitat d'aquest fitxer és, d'acord amb allò que preveu la disposició addicional única de la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica, possibilitar l'ús compartit de les històries clíniques entre els centres assistencials de Catalunya, a fi que els pacients atesos o les pacients ateses en diversos centres no s'hagin de sotmetre a exploracions i procediments repetits i els serveis assistencials tinguin accés a tota la informació clínica disponible. En lliurar aquestes dades, n'autoritzeu la comunicació a les administracions públiques amb competències en l'àmbit sanitari, als professionals sanitaris, a les societats científiques i als organismes, centres i serveis del Sistema Nacional de Salut, d'acord amb la normativa aplicable. L'òrgan responsable d'aquest fitxer és la Secretaria General del Departament de Salut (trav. de les Corts, 131-159; Pavelló Ave Maria; 08028 Barcelona). Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició d'aquestes dades davant d'aquesta Secretaria General.