

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Matricola Aziendale	
Codice fiscale	

Recapiti in sede:

.....

Reparto / Ambulatorio			
N. stanza		Telefono interno	
Sede			
Qualifica	<input type="checkbox"/> medico <input type="checkbox"/> infermiere <input type="checkbox"/> tecnico <input type="checkbox"/> amministrativo <input type="checkbox"/> altro (specificare)		
Note			

chiede di usufruire dei servizi:

- Registrazione di una stazione di lavoro nella rete clinica (sezione A)
- Autorizzazione temporanea all'accesso alla rete di un dispositivo informatico non aziendale
(personale o di altre aziende: Computer portatile, Desktop, palmare, telefono, ecc) (sezione B)
- Posta elettronica (sezione C)
- Accesso e utilizzo della rete Wireless (sezione A)
- Servizi Informatici clinici (sezione E, e sue sotto-sezioni)
- Amministrazione/sviluppo di sistemi Informatici (sezione D)

Il sottoscritto prende atto che nel caso di accertata violazione delle norme indicate nel modulo di assunzione di responsabilità, la struttura si riserva la facoltà di sospendere l'accesso ai servizi e procedere secondo le norme di legge.

Data _____ Firma per accettazione _____

Da compilare da parte dell'Ufficio del Personale

Data inizio rapporto	
Data fine rapporto	
Referente Ufficio del Personale	

Azienda XXX	Richiesta Servizi Informatici
Sezione: A	Uso: Assegnazione di una postazione di lavoro

L' Unità Operativa Tecnologie Informatiche ha l'incarico di gestire le attività ordinarie e straordinarie di installazione, manutenzione e aggiornamento degli applicativi e dei sistemi hardware in uso sulla postazione assegnata o condivisa, e autorizza la struttura ad attivare le politiche di sicurezza che ne permettono la manutenzione e il monitoraggio, al fine di garantire la sicurezza sia per gli utenti finali che per la struttura. Il sistema sarà gestito con account multipli, di cui il principale a carico del servizio tecnico di assistenza.

Il supporto tecnico per le operazioni di consulenza e assistenza in caso di guasti o malfunzionamenti è garantito secondo le disponibilità, i criteri di priorità e il carico di lavoro dell'UOTI.

Il sottoscritto dichiara di:

1. non alterare, rimuovere o danneggiare le configurazioni software e hardware della postazione assegnata;
2. osservare le leggi vigenti relative al copyright, alla frode e alla privacy e ogni altra disposizione di legge relativa all'utilizzo del servizio;
3. farsi carico integralmente di ogni onere o costo per accessi a siti o richieste di prestazioni e servizi a pagamento della rete;
4. assumere la completa responsabilità per il contenuto dei messaggi di posta elettronica inviati;
5. sollevare AZIENDA XXX per il contenuto, la qualità, la validità di qualsiasi informazione reperita in rete;
6. sollevare AZIENDA XXX da qualsiasi responsabilità per qualsiasi evento subito in proprio o arrecato a terzi durante o a seguito dell'utilizzazione del collegamento a Internet;
7. assumere in generale ogni responsabilità derivante dall'uso del servizio in Internet;
8. essere consapevole che la traccia delle operazioni compiute durante l'uso dei sistemi informatici restano a disposizione dell'autorità giudiziaria per eventuali controlli.
9. non usare altri apparati non Aziendali o non Autorizzati all'interno della rete informatica della Fondazione

Data _____

Firma _____

Da compilare da parte dell'incaricato UOTI

IP Assegnato		Tel	
Mac Address		Stanza	
Serial Number		Piano	
Nome Stazione			
Referente UOTI			

Azienda XXX	Richiesta Servizi Informatici
Sezione: B	Uso: Autorizzazione dispositivo non aziendale

L'attivazione di un apparato informatico non Aziendale, ovvero appartenente ad altri Istituti od Aziende oppure personale, che si collega sulla rete all'interno della struttura deve essere specificamente autorizzata.

Chi intende utilizzare in autonomia una stazione di lavoro personale (PC portatile, DeskTop, palmare, cellulare o altro), deve dare accesso al personale dell'Unità Operativa Tecnologie Informatiche per la configurazione iniziale e per le attività di rilevamento e costituzione del registro delle apparecchiature autorizzate ad operare sulla rete, secondo le attuali normative di legge.

Il sottoscritto dichiara di:

1. essere in regola con le politiche di sicurezza informatica, impegnandosi a mantenere aggiornato e correttamente operativo il proprio sistema informatico, in linea con le attuali normative sulla sicurezza, e quindi ad utilizzare software antivirus e anti-spyware, attivi e aggiornati
2. osservare le leggi vigenti relative al copyright, alla frode e alla privacy e ogni altra disposizione di legge relativa all'utilizzo del servizio;
3. farsi carico integralmente di ogni onere o costo per accessi a siti o richieste di prestazioni e servizi a pagamento della rete;
4. assumere la completa responsabilità per il contenuto dei messaggi di posta elettronica inviati;
5. manlevare AZIENDA XXX per il contenuto, la qualità, la validità di qualsiasi informazione reperita in rete;
6. sollevare AZIENDA XXX da qualsiasi responsabilità per qualsiasi evento subito in proprio o arrecato a terzi durante o a seguito dell'utilizzazione del collegamento a Internet;
7. assumere in generale ogni responsabilità derivante dall'uso del servizio in Internet;
8. essere consapevole che la traccia delle operazioni compiute durante l'uso dei sistemi informatici restano a disposizione dell'autorità giudiziaria per eventuali controlli.

Data _____

Firma _____

Da compilare da parte dell'incaricato UOTI

TCP/IP		Tel	
Rete (wired/wireless)		Stanza	
Mac Address		Piano	
Proprietario			
Referente UOTI			

Azienda XXX	Richiesta Servizi Informatici
Sezione: C	Uso: creazione account di posta elettronica

L'attivazione di un indirizzo di posta elettronica all'interno della struttura, vale come strumento ufficiale per le comunicazioni da parte dell'AZIENDA XXX.

L'assegnatario è tenuto a consultare almeno una volta alla settimana la propria casella di posta elettronica per ricevere le comunicazioni da parte di AZIENDA XXX.

Il nome assegnato alla casella di posta è:

nome.cognome@Azienda XXX.it

n.cognome@Azienda XXX.it

Il sottoscritto dichiara di avere preso visione delle norme di comportamento sull'uso della email (Netiquette) e di accettarle integralmente.

Data _____

Firma _____

Da compilare da parte dell'incaricato UOTI

User ID assegnato	
Indirizzo completo di posta elettronica	
Scadenza gg/mm/aaaa	
Referente UOTI	

Azienda XXX	Richiesta Servizi Informatici
Sezione: D	Uso: amministraz./sviluppo di sistemi informatici

Scelta	Username utilizzato su LDAP (Lightweight Directory Access Protocol)
NUOVO UTENTE	
RINNOVO	

Profilo	Dal	Al	Firma responsabile
Amministratore di basi di dati			
Sviluppatore			
Sistemista			
Amministratore rete			
HelpDesk			

Data _____ Firma del richiedente _____

Da compilare da parte dell'incaricato UOSI

User ID assegnato (In caso di rinnovo oppure se già assegnato alla sezione P, <u>deve</u> essere lo stesso)	
Referente	

Azienda XXX	Richiesta Servizi Informatici
Sezione: E	Uso: richiesta dei servizi informatici clinici

Da compilare da parte del richiedente

Scelta	Username utilizzato su LDAP (Lightweight Directory Access Protocol)
RINNOVO	

ATTENZIONE: la password scelta per l'accesso ai servizi informatici clinici (almeno 8 caratteri con almeno due cifre numeriche) deve essere **consegnata in Busta Chiusa alla segreteria**

Applicazione	Ospedale - Corsia	Dal gg/mm/aaaa	Al gg/mm/aaaa	Firma responsabile servizio	Note
Sistema Cartella. Clinica,				Per l'accesso è necessario compilare la sezione E2 e/o E1	
Sistema Cartella Ambulatoriale				Per l'accesso è necessario compilare la sezione E2 e/o E1	
Sistema PACS (immag. diagnosi. sulle staz. di revisione)					
EcoCardiografia					
Emodinamica				Per l'accesso è necessario compilare la sezione E3	
Laboratori di analisi				Per l'accesso è necessario compilare la sezione E4	
WEB Clinico					
Medicina Nucleare / PET					
Sistema di Governo					

Data _____ Firma del richiedente _____

Da compilare da parte dell'incaricato UOSI

User ID assegnato (In caso di rinnovo oppure se già assegnato alla sezione P, <u>deve</u> essere lo stesso)	
Referente UOSI	

Azienda XXX	Richiesta Servizi Informatici
Sezione: E2	Uso: Cartella Clinica e Moduli

Codice	Nome modulo C6	Ospedale - Corsia	Dal gg/mm/aaaa	Al gg/mm/aaaa	Firma responsabile servizio	Note
CCA	Cartella Clinica Ambulatori				compilare la sezione E1	
EFDEF	Ambulatorio Defibrillatori					
EFPM	Ambulatorio PaceMaker					
AMBPD	Ambulatorio Pediatrico					
DHDS	CardioNefroVascolare					
ECOP	Ecocardiografia Pediatrica					
ECOG	Ecografia gineco. Internistica					
ECOIOP	EcolIntraoperatorio					
POLM	PNEUS - Visite pneumologia					
INFE	Registro Infezioni ospedaliere					
VPREOP	Valutazione anestesiologica pre-op					
ESAMIRM	Risonanza Magnetica					
SECG	ECG Stress Corsia					
SECGA	ECG Stress Ambulatori					
FIRMA	Firma Digitale					
ANEST	Cartella Clinica Anestesia					
CINF	Cartella Clinica Infermieristica					
EPRESC	Prescrizioni Farmaci					

Data _____ Firma del richiedente _____

Azienda XXX	Richiesta Servizi Informatici
Sezione: E1	Uso: Cartella Clinica Ambulatori

Attività ambulatoriale

Da compilare da parte del richiedente. Si prega di specificare se la richiesta è per un singolo ambulatorio (colonna "Codice") o per tutto il gruppo e lo stabilimento di erogazione.

PI/MS	X	Codice	Nome Ambulatorio
Biosegnali		ECBA	ECG basale
		ECCO	Test Ergospirometrico
		ECGP	ECG da sforzo con pedana mobile
		ECSB	ECG da sforzo con cicloergometro
		HOLB	ECG secondo Holter 24h
		TILT	Tilt test
Cardiologia generale		VICM	Visita cardiomiopatia (prima visita) (controllo) VICS
		PVIA	Visita cardiologica (prima visita) / (controllo) PVIS
		RIAB	Riabilitazione
Consulenze psichiatriche		PSCC	Visita psichiatrica (controllo)
		PSIC	Visita psichiatrica (prima visita)
Consulenze psicologiche		PVIP	Colloquio psicologico
Dislipidemie		DISB	Visita dislipidemia (controllo breve)
		DISC	Visita dislipidemia (controllo)
		DISE	Visita dislipidemia ereditaria (prima visita)
		DISL	Visita dislipidemia (prima visita)
		VDEC	Visita dislipidemia ereditaria (controllo)
Ecocardiografia		ECCA	Ecografia cardiaca
		ECDC	Ecocolor Dopplergrafia cardiaca
		ECDO	Ecodopplergrafia cardiaca
		ECES	Ecografia cardiaca + ecg da sforzo
		TEEI	Eco transesofageo (TEE)
Ecografia internistica		ECAC	Ecografia addome completo
		ECAI	Ecografia addome inferiore
		ECAS	Ecografia addome superiore
		ECMB	Ecografia della mammella bilaterale
		ECMM	Ecografia della mammella monolaterale
		ECOC	Ecografia del collo (tiroide)
		ECOT	Ecografia dei testicoli
Ecografia vascolare		ETEM	Ecografia tessuti molli
		ECOV	Ecocolor Doppler venoso arti inferiori
		ECVA	Ecocolor Dopplergrafia arti inferiori o superiori
Elettrofisiologia		ECVT	Ecocolor Doppler dei tronchi sovraortici
		SPMB	Controllo pacemaker
		ARIT	Visita aritmia (prima visita) (controllo) ARIC

Azienda XXX	Richiesta Servizi Informatici
Sezione: E1	Uso: Cartella Clinica Ambulatori

PI/MS	X	Codice	Nome Ambulatorio
		CDEF	Controllo defibrillatore
Endocrino-ginecologia cardiovascolare		ECAI	Ecografia addome inferiore
		ECTV	Ecografia transvaginale
		PVEG	Visita endocrino-ginecologica (prima visita) (controllo) VEGS
		RTG	Endocrinologia ginecologica - risposta telefonica
Endocrinologia cardiovascolare e tireopatie		ECOC	Ecografia del collo (tiroide)
		IERR	Endocrinologia lervasi: risposta rapida
		PVEN	Visita endocrinologica (prima visita) (controllo) REND(controllo esami) PVNS
Ipertensione arteriosa		CIPE	Visita ipertensione (controllo)
		IPPE	Visita ipertensione (prima visita)
Laboratorio di Analisi		ETAO	Studio dell'età ossea
Malattie del ricambio e fattori multipli di rischio		CDIA	Visita diabetologica (controllo)
		CERD	Controllo esami malattie del ricambio e diabete
		MALP	Visita malattie del ricambio (prima visita) (controllo) MALC
		OBEC	Visita obesità (controllo)
		OBEP	Visita obesità (prima visita)
		TERD	Terapia dietetica
		VDIA	Visita diabetologica (prima visita)
	VGAS	Visita internistica, gastroenterologia, epatologia (Prima Visita) (controllo) VGAC	
Medicina Cardiovascolare		SCOP	Visita medicina cardiovascolare (prima visita) (controllo) SCOC
Medicina Nucleare		ECSB	ECG da sforzo con cicloergometro
Metabolismo e nutrizione		CALB	Calorimetria basale
		METP	Visita obesità (prima visita) (controllo) METC
		PESO	Controllo peso
		TERD	Terapia dietetica
		PNUP	Valutazione composizione corporea e val. dietetica (Prima Visita) (Controllo) PNUC
		PVDT	Visita dietologica (prima visita) (controllo) SVDT
		VCC	Valutazione della composizione corporea (Plicometria)
Nefro-vascolare e ipertensione		NEFR	Visita nefro-vascolare e ipertensione (prima visita) (controllo) NEFC
Pneumologia		DIFF	Diffusione Alveolo-Capillare del CO
		EMAC	Emogasanalisi con O2 ad alta concentrazione (Test dell'iperossia)
		EMGA	Emogasanalisi arteriosa sistemica
		EMOG	Emogasanalisi con O2 a bassa concentrazione (Test dell'ipossia)
		MAXP	Determinazione massime pressioni respiratorie
		PVPN	Visita pneumologica (prima visita) (controllo) PVPS
		SPIG	Spirometria Globale
		SPIR	Spirometria Semplice

Azienda XXX	Richiesta Servizi Informatici
Sezione: E1	Uso: Cartella Clinica Ambulatori

PI/MS	X	Codice	Nome Ambulatorio
		TEBR	Test di broncodilatazione farmacologica
Radiologia		TOR2	RX Torace
Risonanza Magnetica		ANRT	Angio RM del distretto toracico
		CONE	Consulto neuroradiologico
		MCIN	Risonanza Magnetica Cuore CINE
		MRCR	Risonanza Magnetica Cuore
		MRTC	Risonanza Magnetica Torace senza e con contrasto
		MRTO	Risonanza Magnetica Torace
		RITR	Ricostruzione tridimensionale TC o RM
Servizio Emodinamica		VCAI	Visita cardiologia invasiva (prima visita)

Data _____ Firma del richiedente _____

Firma del responsabile del servizio _____

Azienda XXX	Richiesta Servizi Informatici
Sezione: E3	Ambito: Emodinamica, Elettrofisiologia

Da compilare da parte del richiedente

X	Codice	Nome applicativo	Dal	Al	Firma responsabile servizio	Note
	ADU	Emodinamica Adulti				
	PED	Emodinamica Pediatrica				
	ELF	Elettrofisiologia				
	TAC	Laboratorio TAC				
	MAG	Gestione Magazzino				
	SEG	Segreteria				
	TER	Tecnici di Radiologia				
	AMM	Gestione Sistema Informatico SIE3.0				

X	Ruolo
	Ospite
	Infermiere
	Tecnico di Radiologia
	Medico in Training
	Primo Operatore
	Segreteria
	Amministratore

Data _____

Firma del richiedente _____

Azienda XXX	Richiesta Servizi Informatici
Sezione: E4	Ambito: Medicina di Laboratorio

Da compilare da parte del richiedente

PI/MS	Nome applicativo	Dal	Al	Firma responsabile servizio	Note
	Poliambulatorio				
	Corsia: _____				
	Laboratorio Chimica clinica ed Immunometria				
	Laboratorio Ematologia e coagulazione				
	Laboratorio Dislipidemie				

X	Ruolo
	OSS
	Infermiere
	Biologo
	Tecnico
	Responsabile

Data _____

Firma del richiedente _____