



**Gentile Signora/Signore (o sua/suo delegata/o),
prima di consegnare il modulo di Segnalazione per la richiesta di presa in carico in Cure Palliative in Hospice o in Assistenza Domiciliare è importante che Lei legga le informazioni sul trattamento dei dati e rilasci il suo consenso.
Qualora le informazioni non Le fossero chiare o necessitasse di ulteriori delucidazioni La preghiamo di mettersi in contatto con la nostra Unità Operativa (numero telefono 031/755203): Le verrà fissato un incontro di approfondimento ed eventuale acquisizione del consenso.**

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI

Gentile Signora/ Signore,

La informiamo che il trattamento dei dati acquisiti si svolgerà nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale ed al diritto alla protezione dei dati personali e "sensibili" (quelli idonei, fra l'altro, a rivelare lo stato di salute, la vita sessuale, l'origine razziale od etnica, ecc.) e che il trattamento presenta le seguenti caratteristiche:

1.FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO – i dati personali e sensibili – nonché gli eventuali dati connessi, costituiti da immagini, suoni, biosegnali, i dati genetici ed il materiale biologico prelevato – sono oggetto di trattamento con il Suo consenso, da parte dell'ASST Lariana, per finalità di tutela della salute ed incolumità fisica dell'interessato, prevenzione, diagnosi, consulenza e terapia, nonché per la gestione delle attività amministrativo-contabili di supporto all'attività sanitaria, per quelle connesse alla verifica dell'appropriatezza dell'assistenza erogata e per gli aspetti sociali, per ricerca o didattica (per queste ultime in forma anonima e privati di dati identificativi e comunque in conformità alle autorizzazioni generali del Garante per la protezione dei dati personali). Il trattamento è effettuato nell'adempimento dei compiti istituzionali assegnati alle ASST dalla L.R. n. 33/2009 (T.U. delle leggi regionali in materia di sanità)

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO – il trattamento consiste in operazioni di raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, e – ove necessario e previsto – blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione, sia con l'ausilio di mezzi elettronici, sia manualmente, su supporti cartacei. Non è prevista la gestione di processi decisionali automatizzati – con l'adozione di misure di sicurezza – per il tempo necessario a perseguire le finalità per i quali gli stessi sono trattati e per il successivo tempo di conservazione previsto dalle leggi e dai regolamenti vigenti.

In particolare, i dati relativi all'identità genetica verranno trattati esclusivamente all'interno di locali protetti della struttura e l'eventuale trasmissione o trasporto dei dati avverrà con modalità tali da garantire l'accesso ai soli incaricati del trattamento.

3.NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI – Il conferimento è obbligatorio, poiché la gestione dei dati raccolti per finalità legate alla prestazione richiesta è indispensabile per erogare la prestazione stessa, dal punto di vista sanitario ed amministrativo ed un eventuale mancato conferimento non consentirebbe l'erogazione del servizio.

4. TITOLARE DEL TRATTAMENTO E RESPONSABILI – Il Titolare del trattamento dei dati e l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana, con sede in Como, Via Napoleona n. 60, nella persona del suo Direttore Generale pro tempore ed il Responsabile del trattamento è il Dirigente Responsabile della struttura aziendale che erogherà le prestazioni. Il Responsabile aziendale della Protezione dei Dati personali è contattabile ai seguenti recapiti: indirizzo: Via Ravona 20, 22042 San Fermo della Battaglia (CO) – tel 031/5859575 – e-mail: rpd@asst-lariana.it –PEC: protocollo@pec.asst-lariana.it

5. COMUNICAZIONE E CONSERVAZIONE – i dati sensibili possono essere comunicati, nel rispetto delle finalità indicate e del principio di pertinenza e non eccedenza, ai soggetti indicati da una norma di legge o di regolamento. Fra gli stessi: Aziende o Agenzie sanitarie, Regione, Ministero della Salute, Istat, Enti previdenziali, Autorità giudiziaria, Organi di controllo. I dati particolari non sono oggetto di diffusione. Non è previsto il trasferimento di dati in Paesi terzi rispetto all'UE. Il periodo di conservazione dei dati è conformato, per ciascun trattamento, alle disposizioni della Regione Lombardia (Regolamento Regionale n.3/2012 e Massimario di scarto del Sistema Sanitario e Sociosanitario della Regione Lombardia).

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO - Può rivolgersi al Titolare o ai Responsabili per l'esercizio dei diritti che qui si riassumono:
- ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali, l'accesso agli stessi e la loro comunicazione in forma intelligibile, strutturata e di uso comune;
- ottenere l'indicazione dell'origine dei dati, delle finalità e modalità e della logica applicata al trattamento informatico;
- ottenere: aggiornamento, rettifica, integrazione dei dati; cancellazione, trasformazione in forma anonima, limitazione o blocco nei casi previsti dalla legge;
- opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta;

Può altresì presentare un reclamo all'autorità di controllo: Garante per la protezione dei dati personali (P.zza di Monte Citorio 121 – 00186 Roma)



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare e dal Responsabile del trattamento

PRESTO IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DA PARTE DI ASST LARIANA

DEI MIEI DATI PERSONALI, SANITARI, SOCIO-SANITARI E SOCIALI

per finalità diagnostico- terapeutiche relative all'assistenza prestata.

PAZIENTE: NOME E COGNOME _____

Nato/a il ___/___/___ a _____ ()

Firma _____ **Data** ___/___/___

N.B.: Da compilare esclusivamente nei casi in cui il paziente sia legalmente rappresentato

Consapevole delle responsabilità penali in materia di false dichiarazioni alla Pubblica Amministrazione (art.76 del D.P.R. 445/00) io sottoscritto/a

NOME E COGNOME _____

Nato/a il ___/___/___ a _____ ()

DICHIARO di essere **Tutore** **Genitore** **Amministratore di sostegno con delega alla cura della persona di**

NOME E COGNOME _____

Nato/a il ___/___/___ a _____ ()

e di agire in suo nome e per suo conto, conferendo i suoi dati sanitari, sociosanitari e sociali alla ASST LARIANA , ricevendo l'informazione sul loro trattamento e prestando il consenso al trattamento dei dati medesimi.

FIRMA (anche per espressione del consenso) _____

Data ___/___/___ **(ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DICHIARANTE)**

N.B.: Da compilare esclusivamente in caso di delega del paziente al conferimento dei dati

Consapevole delle responsabilità penali in materia di false dichiarazioni alla Pubblica Amministrazione (art.76 del D.P.R. 445/00) io sottoscritto/a

NOME E COGNOME _____

Nato/a il ___/___/___ a _____ ()

DICHIARO di essere stato delegato dal/dalla paziente

NOME E COGNOME _____

Nato/a il ___/___/___ a _____ ()

ad agire in suo nome e per suo conto, conferendo i suoi dati sanitari, sociosanitari e sociali alla ASST LARIANA , ricevendo l'informazione sul loro trattamento e prestando il consenso al trattamento dei dati medesimi.

FIRMA (anche per espressione del consenso) _____

Data ___/___/___ **(ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DICHIARANTE)**

**Segnalazione per richiesta di presa in carico in Cure Palliative**

Verifica di congruità

<input type="checkbox"/> Hospice (Ricovero Residenziale) <input type="checkbox"/> UCP-Dom (Assistenza Domiciliare)	Motivo prevalente del ricovero CLINICO: <input type="checkbox"/> terapeutico per sintomi non controllati <input type="checkbox"/> definitivo NON CLINICO: <input type="checkbox"/> situazione sociale complessa <input type="checkbox"/> sollievo familiare
---	--

Dati anagrafici del paziente

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
Nato a _____ il ___ / ___ / ___ Esenzione _____
Residenza _____ Prov. ___ Via _____ N° _____ Tel. ___ / _____

Domicilio se diverso dalla residenza: Città _____ Prov. ___ Via _____ N° _____

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stato civile _____ Professione _____ Scolarità _____

Medico di famiglia: _____ Tel. ___ / _____ Cell. _____

Persona di riferimento:

Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela _____ Tel. ___ / _____ Cell. _____

E' stato nominato: Tutore Amministratore di sostegno Curatore

Segnalato da: Medico di famiglia Ambulatorio UCP Familiari Servizi sociali
 Ospedale _____ RSA _____
Reparto _____ Tel. _____ altro _____

Attualmente il paziente si trova: Domicilio Ospedale _____
Reparto _____ Tel. _____
 altro _____

Presenza di persone che accudiscono il paziente:

nessuna familiari badante familiari+badante rete amicale/vicini di casa

Invalidità: sì (___ %) no in accertamento

Accompagnamento: sì no in accertamento

Situazione abitativa: adeguata inadeguata presenza barriere architettoniche _____

Situazione economica: adeguata inadeguata

Grado di consapevolezza del paziente:

- nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi
- rimuove la diagnosi e la prognosi
- conosce la diagnosi ma ignora la prognosi
- consapevole della terminalità ma non dell'imminenza di morte
- completa consapevolezza di diagnosi e prognosi

Grado di consapevolezza della famiglia:

- consapevole della diagnosi ma non della prognosi
- consapevole della diagnosi e della prognosi

In base al tipo di richiesta che sta facendo, chi ha scelto l'Hospice/UCP- Dom (assistenza domiciliare)?

Paziente Familiari entrambi

Impossibilitato all'accesso sistematico ai servizi:

sì no

Ci sono Direttive Anticipate di Trattamento (DAT)?

sì no

E' stato nominato un fiduciario?

sì _____ no

Dati clinici

Diagnosi:

- Malattia non neoplastica** _____
- Neoplasia:**
- | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vie biliari | <input type="checkbox"/> esofago | <input type="checkbox"/> pancreas | <input type="checkbox"/> testa/ collo | <input type="checkbox"/> colon/retto |
| <input type="checkbox"/> polmone | <input type="checkbox"/> utero | <input type="checkbox"/> emopoietico | <input type="checkbox"/> mammella | <input type="checkbox"/> prostata |
| <input type="checkbox"/> vescica | <input type="checkbox"/> encefalo | <input type="checkbox"/> fegato | <input type="checkbox"/> _____ | |
- Metastasi:**
- | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> assenti | <input type="checkbox"/> linfonodali | <input type="checkbox"/> ossee | <input type="checkbox"/> encefaliche | <input type="checkbox"/> peritoneali |
| <input type="checkbox"/> epatiche | <input type="checkbox"/> polmonari | <input type="checkbox"/> _____ | | |
- Comorbidità:**
- | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> assenti | <input type="checkbox"/> I.R. acuta | <input type="checkbox"/> I.R. cronica | <input type="checkbox"/> malattia psichiatrica | |
| <input type="checkbox"/> arteriopatia | <input type="checkbox"/> BPCO | <input type="checkbox"/> cirrosi | <input type="checkbox"/> depressione | |
| <input type="checkbox"/> diabete | <input type="checkbox"/> Ictus pregresso | <input type="checkbox"/> IMA pregresso | <input type="checkbox"/> ipertensione | <input type="checkbox"/> _____ |

Accertamenti recenti: _____

Presidi:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> catetere vescicale | <input type="checkbox"/> Pace Maker/ ICD |
| <input type="checkbox"/> ureterostomia/ nefrostomia | <input type="checkbox"/> Port-A-Cath/ CVC/ PICC |
| <input type="checkbox"/> SNG/PEG | <input type="checkbox"/> Tracheotomia |
| <input type="checkbox"/> NPT | <input type="checkbox"/> O2 Terapia |
| <input type="checkbox"/> colostomia | <input type="checkbox"/> medicazioni complesse |
| | <input type="checkbox"/> _____ |

Sintomi e segni:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> agitazione | <input type="checkbox"/> disuria | <input type="checkbox"/> sindrome mediastinica |
| <input type="checkbox"/> anoressia | <input type="checkbox"/> edemi | <input type="checkbox"/> singhiozzo |
| <input type="checkbox"/> ansia | <input type="checkbox"/> febbre | <input type="checkbox"/> sopore |
| <input type="checkbox"/> astenia | <input type="checkbox"/> grave insufficienza d'organo | <input type="checkbox"/> sonnolenza |
| <input type="checkbox"/> cefalea | <input type="checkbox"/> infezioni cutanee | <input type="checkbox"/> stipsi |
| <input type="checkbox"/> coma | <input type="checkbox"/> insonnia | <input type="checkbox"/> tenesmo |
| <input type="checkbox"/> confusione | <input type="checkbox"/> ipertensione endocranica | <input type="checkbox"/> tremore |
| <input type="checkbox"/> delirio | <input type="checkbox"/> lesioni da decubito | <input type="checkbox"/> tosse |
| <input type="checkbox"/> depressione | <input type="checkbox"/> melena | <input type="checkbox"/> versamento ascitico |
| <input type="checkbox"/> diarrea | <input type="checkbox"/> nausea | <input type="checkbox"/> versamento pleurico |
| <input type="checkbox"/> disfagia | <input type="checkbox"/> prurito | <input type="checkbox"/> vertigine |
| <input type="checkbox"/> disorientamento S/T | <input type="checkbox"/> rantolo | <input type="checkbox"/> vomito |
| <input type="checkbox"/> disidratazione | <input type="checkbox"/> rischio di crisi convulsive | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> dispnea | <input type="checkbox"/> rischio di emorragia | <input type="checkbox"/> _____ |

Terapia in atto: _____

Dolore (scala numerica da 0 a 10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

localizzazione: _____

irradiazione: _____

Terapia antalgica: _____

Stima clinica di sopravvivenza in giorni:

<input type="checkbox"/> da 0 a 10	<input type="checkbox"/> fino a 30	<input type="checkbox"/> fino a 60	<input type="checkbox"/> fino a 90	<input type="checkbox"/> oltre 90
------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

Commenti: _____

Cognome e Nome del Proponente:

Medico Famiglia Altro

Firma: _____

Recapito telefonico: _____ / _____

Data di compilazione: ___ / ___ / ___

Il presente modulo deve essere compilato accuratamente in ogni sua parte e consegnato direttamente all'erogatore o inviato al seguente indirizzo mail: hospice.infermieri@asst-lariana.it

Per informazioni: tel. 031/755203

Data di ricevimento ___ / ___ / ___