

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"/> colonstomia | <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: _____	
<input type="checkbox"/> Medico	<input type="checkbox"/> Famiglia <input type="checkbox"/> Altro
Firma: _____	
Recapito telefonico: _____ / _____	
Data di compilazione: ___ / ___ / ___	

Il presente modulo deve essere compilato accuratamente in ogni sua parte e consegnato direttamente all'erogatore, inviato via fax al 031/3332160 o inviato al seguente indirizzo mail:

hospice@giuseppinaprina.it

Data e ora di ricevimento ___ / ___ / ___ ____:_____

INFORMATIVA PRIVACY PER IL PRERICOVERO-LISTA D'ATTESA

Gentile interessato _____
(COGNOME E NOME IN STAMPATELLO)

eventualmente rappresentato legalmente da _____
(COGNOME E NOME IN STAMPATELLO E RUOLO)

desideriamo informarLa che il Regolamento Europeo 2016/679 (*regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "GDPR"*) prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. **Fondazione Giuseppina Prina ETS** in qualità di **"Titolare"** del trattamento, ai sensi dell'articolo 13 e 14 del GDPR, pertanto, Le fornisce le seguenti informazioni:

	A. CATEGORIE DI DATI: oggetto del trattamento possono essere i suoi dati personali quali dati identificativi, di contatto ed e dati particolari ex art. 9 del GDPR (ad es. certificati di malattia, esiti di visite mediche, cartella clinica, ecc.).
	B. TITOLARE DEL TRATTAMENTO: il titolare del trattamento è Fondazione Giuseppina Prina ETS, Piazza Prina, 1 - 22036 Erba (CO), P.I. 01224400133 , contattabile telefonicamente allo 031.3332111 o alla mail fondazione@giuseppinaprina.it
	C. FONTE DEI DATI PERSONALI: i dati personali in possesso del Titolare sono raccolti direttamente presso l'interessato o possono provenire da Enti pubblici.
	D. FINALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI E BASE GIURIDICA: i dati personali sono trattati dal Titolare secondo le seguenti finalità : <ul style="list-style-type: none"> • Finalità connesse ad obblighi di legge. • Finalità contrattuali e pre-contrattuali: AMMINISTRAZIONE. Espletamento dei compiti gestionali, amministrativi ed organizzativi necessari all'espletamento dei servizi erogati; • Finalità di diagnosi (Art. 6, par. 1, lett. b) e art. 9, par. 2, lett. h) del GDPR: svolgimento di una prima attività diagnostica dello stato generale della sua salute per valutare la possibilità di suo inserimento nella struttura.
	E. DESTINATARI DEI DATI nei limiti pertinenti alle finalità di trattamento indicate, i Suoi dati potranno essere comunicati, se del caso, ad altri soggetti connessi alle attività di trattamento, interni ed esterni al Titolare, quali dipendenti ed assimilati, i collaboratori, consulenti, tirocinanti, medici specialistici, liberi professionisti, istituzioni o organismi pubblici, Aziende Ospedaliere, Servizio Sanitario Nazionale, enti previdenziali. I Suoi dati non saranno in alcun modo oggetto di diffusione.
	F. TRASFERIMENTO DEI DATI VERSO PAESI TERZI: i dati raccolti non sono oggetto di trasferimento verso paesi terzi al di fuori dello Spazio Economico Europeo.
	G. PERIODO DI CONSERVAZIONE: i dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati (" <i>principio di limitazione della conservazione</i> ", art.5, GDPR) o in base alle scadenze previste dalle norme di legge. La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente.
	H. DIRITTI DELL'INTERESSATO: l'interessato ha sempre diritto a richiedere al Titolare l'accesso ai Suoi dati, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento o la possibilità di opporsi al trattamento, di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo anche a un'autorità di controllo.
	I. OBBLIGATORIETA' O MENO DEL CONFERIMENTO: il conferimento dei dati per le finalità sopra elencate è obbligatorio per valutare il suo inserimento in struttura. L'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta il mancato inserimento nelle liste d'attesa.
	J. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI: i dati personali da Lei forniti, formeranno oggetto di operazioni di trattamento nel rispetto della normativa sopracitata e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività del Titolare. I dati verranno trattati sia con strumenti informatici sia su supporti cartacei sia su ogni altro tipo di supporto idoneo (es. sistemi in cloud, sistemi di archiviazione e conservazione sostitutiva digitale, ...), nel rispetto di adeguate misure tecniche ed organizzative di sicurezza previste dal GDPR.

INFORMATIVA PRIVACY PER IL PRERICOVERO-LISTA D'ATTESA

K. DATI DI CONTATTO DEL D.P.O.: il titolare ha provveduto alla nomina del D.P.O. contattabile via mail all'indirizzo **fondazioneprina@segnalazionidpo.it**



L. PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI: non sono previsti processi decisionali automatizzati

Ai sensi del GDPR, dichiaro di aver presa visione dell'informativa sopra riportata per le finalità di trattamento dei miei dati personali.

Luogo e Data: _____ **Firma leggibile dell'interessato** _____

Nota bene: se l'interessato è soggetto ad impossibilità fisica, incapacità di agire oppure incapacità di intendere o di volere e quindi non può apporre la firma di presa visione, la stessa è resa da chi dispone della responsabilità legale (specificare: amministratore di sostegno tutore curatore genitore (per i minori) altro _____)

Firma di chi rappresenta legalmente l'interessato _____