



Centro Gestionale Screening Oncologici

Via G. Cusmano, 1 – 93100 Caltanissetta

Tel. 0934 506056

E-mail: screening@asp.cl.it



Cognome _____

Nome _____

Indirizzo _____ n. _____ CAP _____

Incollare codice a barre del campione
--

Luogo e provincia _____ Data di nascita _____
di nascita _____ (_____)

Codice Fiscale | _____ | _____ | _____ | _____ | Medico Curante _____

Gentile Signora / Signore,

Questa Azienda Sanitaria Provinciale, in collaborazione con il Suo Medico di Famiglia ha organizzato una campagna di prevenzione per la diagnosi precoce del tumore del colon retto per la popolazione residente di età 50-69 anni.

Basta un semplice esame come la ricerca del sangue occulto nelle feci, per evidenziare lesioni a rischio di degenerazione, curando le quali si evita l'insorgenza del tumore del colon retto.

Per eseguire il test deve attenersi alle seguenti regole:

- Non è necessario praticare alcuna dieta particolare prima del test;
- Non eseguire il test durante il periodo mestruale, né mentre si è affetti da emorroidi;
- Evitare di contaminare le feci con le urine;
- Si consiglia di disporre uno strato di carta igienica all'interno del w.c. in modo da trattenere le feci per il tempo necessario ad eseguire il prelievo;
- Il campione deve **ASSOLUTAMENTE** essere riconsegnato entro 12 ore dal prelievo;
- Seguire attentamente le istruzioni indicate nel foglio illustrativo allegato al kit.

Qualora abbia dei dubbi o necessiti di ulteriori informazioni o chiarimenti potrà rivolgersi al Suo Medico Curante, o può contattarci dalle ore 9:00 alle 13,00 dal Lunedì al Venerdì

Centro Gestionale Screening Oncologici 0934 506056

INFORMATIVA SULL'ATTO SANITARIO PROPOSTO

Perché fare lo screening? Lo screening permette di individuare la malattia in fase iniziale, prima che si manifesti con sintomi, e di intervenire tempestivamente con le cure più appropriate per favorire la guarigione e ridurre la mortalità. Aderendo al Programma di Screening Le verrà offerto ogni due anni un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci che permette di rilevare eventuali tracce di sangue invisibili ad occhio nudo. Il test è gratuito, semplice, indolore e si esegue al proprio domicilio. Sono gratuiti anche gli ulteriori eventuali esami di approfondimento che si rendessero necessari.

Il test è un esame affidabile? - Il test è un esame che può essere soggetto a risultati falsi positivi o falsi negativi. E' tanto più affidabile quanto più regolarmente viene eseguito.

Chi NON deve fare il test? Chi ha una diagnosi di Malattia infiammatoria dell'intestino (Morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa), o di tumore dell'apparato gastrointestinale. In questo caso La invitiamo a comunicarcelo al numero 0934 506056 dal lunedì al venerdì ore 09:00- 12:30;

Il Risultato – L'esito, se negativo, Le sarà inviato a casa per posta. In caso di mancato recapito non esiti a chiamare il Centro gestionale screening. Se il risultato è positivo, La chiameremo telefonicamente per effettuare ulteriori accertamenti come la colonscopia.

Per saperne di più- Consulti il Medico di Famiglia o il sito web: www.osservatorionazionale screening.it/content/le-100-domande



Sede di ritiro	Data ritiro Kit
----------------	-----------------

Firma di chi ritira _____

CONSENSO INFORMATO SULL'ATTO SANITARIO PROPOSTO

Il sottoscritt _____, nat__ a _____ il
_____ Residente a _____, via

_____ Medico Curante _____

Per comunicazioni telefoniche: fisso _____ - cellulare _____

Lette le note informative prima descritte, dichiaro di essere stato sufficientemente informato:

- sulle caratteristiche principali dello screening e del test per la ricerca del sangue occulto nelle feci;
- sui benefici attesi, sui possibili vantaggi e sui limiti del test;
- sugli accertamenti che mi verranno proposti in caso di positività del test;
- sulla possibilità di avvalermi del mio Medico di Medicina Generale in tutte le fasi dello screening;
- sulla possibilità di revocare in qualsiasi momento il mio consenso.

ed esprimo pertanto il mio consenso ad essere inserito nel suddetto programma.

Firma

_____ Data _____

Consenso all'uso dei dati di salute

Il sottoscritt _____, nat__ a _____ il _____

estremi del documento di identità in corso di validità _____

premessò

di essere stato/a informato/a sull'utilizzo dei propri dati di salute

presta il proprio consenso

- affinché l'ASP di Caltanissetta utilizzi tali dati per attività di prevenzione e diagnosi SI NO
- affinché l'ASP di Caltanissetta comunichi l'esito dell'esame al mio M.M.G. SI NO

Luogo e data _____

Firma _____

INFORMATIVA SULL'UTILIZZO DEI DATI DI SALUTE

ai sensi dell'articolo 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 ("GDPR")

Utilizzo dei dati - L'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta (di seguito anche ASP), titolare del trattamento dei dati personali, provvede ad informarLa sulle modalità di trattamento dei dati personali, necessari al perseguimento delle seguenti finalità:

- prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e incolumità fisica delle persone e gestione delle attività amministrative correlate;
- esercizio dei diritti dell'Interessato.

L'ASP tratta i Suoi dati personali:

- limitatamente a quanto strettamente necessario, in modalità cartacea e/o elettronica, adottando preliminari ed adeguate misure di sicurezza di carattere tecnico ed organizzativo;
- previo rilascio di un apposito consenso nel caso in cui i dati di salute debbano essere trattati per finalità di cura e in tal caso il mancato consenso impedisce all'ASP di erogare le prestazioni sanitarie richieste.
- comunicazione dei dati e tempi di conservazione

I dati personali inoltre:

- sono conservati limitatamente al tempo previsto dalla normativa di riferimento;
- potranno essere comunicati ad altri soggetti, di natura pubblica, soltanto qualora sia previsto dalla normativa vigente;
- sono trattati esclusivamente da parte di soggetti appositamente designati come Responsabili, Delegati e Incaricati del trattamento dei dati personali, il cui elenco è disponibile previa richiesta presso il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile inviando una mail all'indirizzo di posta elettronica leila.scarpulla@asp.cl.it

Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa - La presente comunicazione informativa sarà integrata con ulteriori note informative in relazione ai diversi trattamenti di dati personali di Suo interesse, qualora necessario.

Per qualsiasi ulteriore informazione relativa al trattamento dei dati personali può consultare la sezione "privacy" della pagina web www.asp.cl.it.

Diritti dell'interessato - Lei può inoltre esercitare in ogni momento i diritti indicati all'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 rivolgendosi direttamente al RPD e proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ritenga che i Suoi dati siano trattati in modalità non conforme alla normativa. L'interessato ha diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni:

- i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati

- finalità e modalità del trattamento, categorie di dati personali e della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici compresa la profilazione;
- il periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo.

L'interessato ha diritto di ottenere anche: a) la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano (qualora consentito dalla normativa specifica) o di opporsi al loro trattamento; b) l'attestazione che le operazioni suindicate sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.