

CONFERIMENTO DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a (nome e cognome)

nato/a il / / a

per sé oppure in qualità di*: Tutore Amministratore di sostegno Esercente la responsabilità genitoriale in

via esclusiva o in condivisione con

di (nome e cognome del paziente)

nato/a a il / /

LETTA L'INFORMATIVA CHE PRECEDE E CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI QUI RESE PER ME MEDESIMO O NELLA QUALITA' SOPRA INDICATA SARANNO RITENUTE VALIDE FINO AD EVENTUALE REVOCA E/O MODIFICA DA PARTE DEL SOTTOSCRITTO O FINO AL CAMBIAMENTO DELLO STATUS DEL PAZIENTE

PER RICEVERE LE CURE

CONSENSO 3 (PUNTO 4 DELL'INFORMATIVA)

Acconsento alla comunicazione dei miei dati e della mia documentazione sanitaria a professionisti esterni per richiedere un consulto e per valutare il mio stato di salute durante la terapia, anche tramite collegamenti telematici con strutture non appartenenti al Network Oncologico di UPMC

SI **NO**

PER FAVORIRE LA RICERCA

CONSENSO 1 (PUNTO 2 DELL'INFORMATIVA)

Acconsento al trattamento dei miei dati (che verranno raccolti nell'ambito della normale pratica clinica ovvero nel corso della mia eventuale partecipazione a studi clinici) per ulteriori ricerche, che non comportino il trattamento di dati genetici, condotte dal Centro:

- al suo interno (che comportano anche il trasferimento dei dati al Gruppo UPMC negli Stati Uniti, avendo sistemi informatici condivisi)

SI **NO**

- in collaborazione con il Gruppo UPMC (cioè in collaborazione con gli altri centri che fanno parte del Gruppo UPMC)

SI **NO**

- in collaborazione con centri con sede nell'Unione Europea

SI **NO**

- in collaborazione con centri con sede anche in Paesi terzi (extra UE)

SI **NO**

Desidero ricevere informazioni sui risultati delle ricerche che possono avere un'incidenza positiva nel trattamento della mia patologia

 SI **NO****PER MIGLIORARE LA QUALITA' E L'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE****CONSENSO 2 (PUNTO 3 DELL'INFORMATIVA)**

Acconsento al trattamento dei miei dati, per verificare l'adeguatezza, l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza sanitaria e di quella ricevuta durante le cure nonché per la programmazione sanitaria nell'ambito di progetti condotti:

- all'interno del Centro (che comportano anche il trasferimento dei dati al Gruppo UPMC negli Stati Uniti, avendo sistemi informatici condivisi)

 SI **NO**

- in collaborazione con il Gruppo UPMC (cioè in collaborazione con gli altri centri che fanno parte del Gruppo UPMC)

 SI **NO**

- in collaborazione con centri con sede nell'Unione Europea

 SI **NO**

- in collaborazione con centri con sede anche in Paesi terzi (extraUE)

 SI **NO****PER RICEVERE MATERIALE INFORMATIVO****CONSENSO 4 (PUNTO 5 DELL'INFORMATIVA)**

Acconsento all'invio di materiale informativo del Centro relativo ad iniziative anche a scopo benefico.

 SI **NO**

A tal fine autorizzo l'utilizzo dei recapiti forniti al momento dell'accettazione o, alternativamente, indico i seguenti recapiti:

e-mail

Città

Via

CAP

PER COMUNICARMI LE MODALITÀ DI PREPARAZIONE AGLI ESAMI**CONSENSO 5 (PUNTO 6 DELL'INFORMATIVA)**

Acconsento all'invio di comunicazioni relative alle norme di preparazione agli esami che dovrò effettuare e alle date dei miei prossimi appuntamenti.

 SI **NO**

A tal fine, indico il seguente indirizzo e-mail (solo ove non già indicato o diverso dal precedente)

ovvero i seguenti altri recapiti

INFORMAZIONI SUL MIO STATO DI SALUTE POTRANNO ESSERE FORNITE A:

Familiari, parenti e conviventi

SI

SI

NO

(A tutti)

(Solo a quelli indicati)

(indicare nominativo e vincolo di parentela o se convivente)

A terze persone

SI

NO

(indicare nominativo)

Firma dell'interessato/i (1)

Roma, li

(1) Qualora il paziente, capace di comprendere l'informativa e di manifestare il consenso sia impossibilitato ad apporre materialmente la propria firma, la relativa sezione deve essere compilata e sottoscritta da due testimoni.

PAZIENTE CON IMPEDIMENTO MATERIALE ALLA FIRMA (paziente, capace di comprendere l'informativa e manifestare il consenso ma impossibilitato ad apporre materialmente la propria firma come ad es. nel caso di paziente analfabeta o funzionalmente incapace ad utilizzare le mani). Il paziente, al quale è stata resa l'informativa, ha espresso il proprio consenso ma è impossibilitato alla materiale apposizione della firma

TESTIMONI

Cognome e nome	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>
Firma	<input type="text"/>	Documento	<input type="text"/>
Cognome e nome	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>
Firma	<input type="text"/>	Documento	<input type="text"/>

* Qualora l'interessato non possa prestare il proprio consenso per incapacità d'agire (minore) o per incapacità di intendere o di volere (interdetto o soggetto in amministrazione di sostegno), il consenso dovrà essere manifestato, rispettivamente, dai genitori/dal genitore, dal tutore o dall'amministratore di sostegno. In tal caso il soggetto che esprime il consenso per conto dell'interessato deve sottoscrivere idonea autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000. Il consenso potrà, invece, essere espresso direttamente dal paziente ove quest'ultimo sia minore emancipato o inabilitato.