

**ATTESTAZIONE DELLA AVVENUTA INFORMAZIONE E DICHIARAZIONE DI
COMPRESIONE INDICAZIONI TERAPEUTICHE E DEL PROGRAMMA DI
GESTIONE DEL TRATTAMENTO PRESCRITTO**

Io sottoscritto/a,nato/a il/...../.....
Residente a Via..... tel.....

DICHIARO

1. Di aver parlato con il Dr..... del.....
2. di aver ricevuto e letto il foglio informativo sulla terapia anticoagulante orale;
3. di aver compreso che la terapia con
Coumadin
Sintrom
Dabigatran
Xarelto
Eliquis
è vantaggiosa nella mia situazione attuale in quanto riduce la frequenza di embolie
o di eventi trombotici;
4. di aver compreso che le complicanze emboliche e/o trombotiche possono
verificarsi anche se io assumo correttamente il farmaco prescrittomi
5. di aver compreso che la terapia prescrittami può essere influenzata da variabili
quali l'assorbimento del farmaco, l'interferenza con altri farmaci, il contenuto
della dieta, ecc., e può essere esposta ad oscillazioni frequenti e talvolta di
difficile controllo (per quanto riguarda trattamento con AVK);
6. di aver compreso che la terapia prescrittami, può avere effetti dannosi sul feto e
non è compatibile con una gravidanza: essa dovrà quindi essere programmata in
accordo con il Medico prescrittore.
7. di essere stato informato che in caso di situazioni di complicanze emorragiche
gravi o situazioni che richiedono l'immediato ristabilimento della normale
emostasi (i.e. interventi chirurgici o manovre invasive in emergenza-urgenza),
per i farmaci anticoagulanti diretti (Pradaxa, Xarelto, Eliquis), non esistono,
attualmente, antidoti diretti.

MI IMPEGNO

- ◆ A seguire le indicazioni terapeutiche riguardanti la dose del farmaco prescritto e di dare la mia disponibilità a presentarmi ai controlli programmati, per rendere sicura ed efficace mi sono stati consigliati per ottimizzare il trattamento antitrombotico proposto.
- ◆ Ad informare tempestivamente il Medico prescrittore e/o il mio Medico di Medicina Generale ogni volta che si verificasse una delle seguenti condizioni:
 1. comparsa di emorragie cutanee spontanee o post-traumatiche
 2. perdita di sangue dal naso, con le urine o con le feci
 3. presenza di sangue nel vomito o nel catarro bronchiale
 4. traumi cranici
 5. traumi della strada
 6. comparsa di cefalea insolita
 7. alterazioni non spiegate dello stato di benessere
 8. ricovero ospedaliero
 9. modifica arbitraria della dose del farmaco antitrombotico prescrittomi
 10. introduzione di nuovi farmaci
 11. previsione di estrazione dentaria
 12. previsione di intervento chirurgico
 13. previsione di manovre invasive o biopsie
 14. allontanamento dalla zona di residenza per periodi prolungati
 15. cambio di residenza o di recapito telefonico
 16. rinuncia ad essere seguito dal Centro.

Dopo quanto esposto, il sottoscritto affida il monitoraggio clinico-laboratoristico della propria terapia con anticoagulanti orali al Dott.....o di recarmi presso il Centro Trombosi di riferimento, impegnandosi a rispettare le date dei controlli che gli verranno comunicate durante il periodo di terapia.

<input type="checkbox"/> <u>CONSENTO</u>	<input type="checkbox"/> <u>NON CONSENTO</u>
<u>ad essere contattato al recapito telefonico da un incaricato del</u>	
<u>Centro durante e al termine del percorso di cura per conoscere la motivazione di eventuali mancati</u>	
<u>controlli INR, follow up, notizie cliniche</u>	

In fede

(firma leggibile)

....., li _____

**INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO
PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 e in relazione ai dati personali oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

- 1 Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali e sensibili presentati è diretto alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della patologia, svolte dal medico a tutela della propria salute..
- 2 Il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che informatici.
- 3 I dati personali e sensibili potranno essere comunicati, o venirne a conoscenza in qualità di incaricati, al medico curante e a medici sostituti di questo.
- 4 Il conferimento dei dati personali e sensibili risulta necessario per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.
- 5 L'art. 7 del citato D.Lgs. 196/03 conferisce alla S.V. l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e sensibili e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.
- 6 Titolare del trattamento dei dati è
- 7 Responsabile del trattamento dei dati è il

LEGENDA (con riferimento ad alcuni termini dal significato meno intuitivo):

DATO PERSONALE :

"qualunque informazione relativa a persona fisica, giuridica, ente o associazione, identificati o identificabili, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale"

... i dati del paziente come ad es. indirizzo, n° telefonico, stato civile, etc.. contenuti negli archivi informatici e/o cartacei del medico di medicina generale

nell'ambito dei dati personali vanno individuati i dati sensibili :

DATO SENSIBILE :

"dato personale idoneo a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni o organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale"

... ad esempio i referti di qualsiasi tipo derivanti da visite specialistiche, laboratorio, etc ... contenuti negli archivi informatici e/o cartacei del medico di medicina generale

TRATTAMENTO :

"qualunque operazione o complesso di operazioni, svolti con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione di dati"

... l'insieme delle operazioni che il medico fa dei dati del suo paziente.

COMUNICAZIONE :

"il dare conoscenza dei dati personali a uno o più soggetti determinati diversi dall'interessato, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione"

... per esempio comunicare dettagli sullo stato di salute del paziente a un altro medico (persone evidentemente determinate ed identificabili)

In fede

(firma leggibile)

....., li _____

