

| | | |
|--------------------|--|--|
| ALLEGATO B1 | AUTORIZZAZIONE, CONSENSO INFORMATO, TRATTAMENTO DEI DATI E CHECK LIST PER IL 1° ACCESSO E PERMANENZA NELL'AREA COVID DI UN FAMILIARE/CAREGIVER/PERSONA DI FIDUCIA | CI/TD/CL Rev. 00 del .././2020 Pag. 1 di 4 |
|--------------------|--|--|

| |
|---|
| 1.A SEZIONE INFORMATIVA DEL CONSENSO |
| <p>L'accesso all'area COVID da parte di un familiare/caregiver/persona di fiducia può avvenire soltanto in situazioni eccezionali, previa autorizzazione del responsabile della struttura di degenza dietro valutazione e richiesta del medico del reparto e per un lasso di tempo di norma non superiore a 15 minuti. L'accesso è limitato ad un solo visitatore che non sia sottoposto a misura di quarantena/isolamento, non presenti sintomatologia sospetta per COVID-19, non rientri nelle condizioni di fragilità così come individuate in relazione alle disposizioni contenute nell'art. 26, della legge n.27, del 24.04.20201 e più in generale non sia affetto da patologie che possano esporlo a maggior rischio di infezione da SARS CoV 2 e di sviluppare una forma grave di COVID 19 e che sia preferibilmente individuato dallo stesso paziente o, se non possibile, dal familiare autorizzato in cartella clinica a ricevere informazioni. Il familiare/caregiver/persona di fiducia autorizzato deve scrupolosamente seguire le indicazioni che verranno fornite dal personale presente; in particolare l'accesso deve avvenire rispettando specifiche procedure di vestizione e svestizione che verranno illustrate dal personale di reparto (medico/infermiere) che aiuterà nel metterle in atto. Si specifica che talora siano autorizzati più accessi all'Area COVID per il medesimo paziente, è opportuno che venga individuato un unico familiare/caregiver/persona di fiducia per tutta la durata della degenza.</p> |
| Quali possono essere i rischi e le complicanze |
| Nonostante la scrupolosa applicazione delle procedure di protezione e delle misure di prevenzione, il rischio di contrarre l'infezione da SARS-CoV-2 non può essere completamente annullato e sarà maggiore nel caso in cui non vengano seguite le istruzioni fornite dal personale. |
| 1.B SEZIONE ANAGRAFICA E CONSENSO PER VISITATORE |
| <p>Io sottoscritto/a (nome) (cognome) familiare/caregiver/persona di fiducia di (nome e cognome del paziente).....</p> |
| <p>Nato/a il a residente a telefono di riferimento:.....</p> |
| <p>Dichiaro di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Essere stato informato da.....(mettere nome e cognome, qualifica operatore medico/infermiere) <input type="checkbox"/> aver letto la sezione informativa, <input type="checkbox"/> di non essere sottoposto a misura di quarantena/isolamento, <input type="checkbox"/> di non presentare sintomatologia sospetta per COVID-19, <input type="checkbox"/> aver avuto l'opportunità di richiedere ulteriori informazioni, <input type="checkbox"/> aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite in merito al corretto comportamento da tenere sia durante le manovre di vestizione e svestizione sia durante la permanenza nel reparto (di norma non superiore a 15 minuti), <input type="checkbox"/> essere stato/a informato/a dei rischi a cui mi espongo entrando in un'area COVID <p>pertanto, consapevole che, nonostante il rispetto di tutte le procedure e le precauzioni che l'Azienda sta adottando, il mio accesso non può essere totalmente esente da rischi di contagio da SARS-CoV-2,</p> <p style="text-align: center;">RICHIEDO</p> <p style="text-align: center;">di entrare nell'AREA COVID</p> |

¹ Condizioni di fragilità associate a maggiore suscettibilità di infezione sono: immunodepressione e/o immunodeficienza congenita o acquisita e patologie che richiedono terapie immunosoppressive; Patologie oncologiche (tumori maligni) attive negli ultimi 5 anni; Patologie cardiache (ischemie e coronaropatie, ipertensione arteriosa grave scompensata, insufficienza cardiaca, gravi aritmie, portatori di dispositivi tipo pacemaker e defibrillatori); Patologie broncopolmonari croniche (BPCO, asma grave, cuore polmonare cronico, enfisema, fibrosi, bronchiectasie, sarcoidosi, embolia polmonare); Diabete mellito insulinodipendente (specie se scompensato); Insufficienza renale cronica; Insufficienza surrenale cronica; Malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie (aplasie midollari, gravi anemie); Malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale; Reumartropatie sistemiche (artrite reumatoide, LES, collagenopatie e connettiviti sistemiche croniche); Epatopatia cronica grave (cirrosi epatica). Da segnalare che anche la gravidanza è considerata da molti come una condizione di ipersuscettibilità al contagio.

Il presente modulo è conservato all'interno della cartella clinica del paziente oggetto di visita, a garanzia di tutte le parti coinvolte.

| | | |
|--------------------|--|--|
| ALLEGATO B1 | AUTORIZZAZIONE, CONSENSO INFORMATO, TRATTAMENTO DEI DATI E CHECK LIST PER IL 1° ACCESSO E PERMANENZA NELL'AREA COVID DI UN FAMILIARE/CAREGIVER/PERSONA DI FIDUCIA | CI/TD/CL Rev. 00 del .././2020 Pag. 2 di 4 |
|--------------------|--|--|

| |
|---|
| Data e firma del familiare/caregiver/persona di fiducia |
| Altri eventuali operatori presenti all'acquisizione del consenso informato. |
| Indicare nome e cognome: |
| Data e firma dell'operatore (medico/infermiere)..... |

Il presente modulo è conservato all'interno della cartella clinica del paziente oggetto di visita, a garanzia di tutte le parti coinvolte.

| | | |
|-------------|--|---|
| ALLEGATO B1 | AUTORIZZAZIONE, CONSENSO INFORMATO, TRATTAMENTO DEI DATI E CHECK LIST PER IL 1° ACCESSO E PERMANENZA NELL'AREA COVID DI UN FAMILIARE/CAREGIVER/PERSONA DI FIDUCIA | CI/TD/CL Rev. 00 del .././2020 Pag. 3 di 4 |
|-------------|--|---|

2. SEZIONE: TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Dobbiamo infine informarla in merito al Trattamento dei suoi dati personali e pertanto, prima di sottoscrivere la modulistica la invitiamo a leggere attentamente anche quanto segue:

Finalità del trattamento.

In conformità con il Regolamento UE 2016/679 e con il D. Lgs. 30 giugno 2003, così come modificato dal D. Lgs 10 agosto 2018, n. 101 i suoi dati personali saranno trattati per consentirle l'accesso e la visita al suo familiare ricoverato nel reparto Covid (indicare UO, Edificio Presidio) e per ogni eventuale obbligo normativo consequenziale.

Il trattamento riguarda dati personali identificativi (cognome, Nome, Data di Nascita) e dati di contatto (Indirizzo di Residenza, numero telefonico) nonché i dati rientranti nelle categorie di cui all'art. 9 del RGPD; in particolare: dati relativi alla salute.

Conferimento e natura dei dati trattati.

Il conferimento dei dati personali è indispensabile per tracciare gli accessi dei familiari ricoverati nei reparti Covid, il rifiuto di conferirli non Le consentirà di accedere alla struttura sanitaria indicata al precedente paragrafo; le saranno comunque assicurate informazioni aggiornate sullo stato di salute del suo familiare ricoverato. Solo il personale della struttura Covid presso il quale è ricoverato il suo familiare (per es., il medico e/o l'infermiere) ed il personale della Direzione Medica di Presidio (in caso di necessità) avrà accesso diretto ai Suoi dati personali anagrafici, fatti salvi obblighi normativi, anche specifici legati all'epidemia da Covid 19.

Modalità del trattamento. Diffusione e comunicazione dei dati.

I dati, trattati sia in formato cartaceo che mediante strumenti elettronici, potranno essere diffusi, ad esempio attraverso la stampa, solo in forma rigorosamente anonima ed aggregata, riguardo al numero di visitatori che hanno avuto accesso alle singole strutture.

L'AOUP e la struttura presso la quale effettua l'accesso, adotteranno tutte le misure di sicurezza necessarie e gli idonei accorgimenti tecnici per effettuare un trattamento conforme alla vigente normativa e a tutela dei Suoi dati personali, della Sua dignità e riservatezza.

Conservazione dei dati.

I Suoi dati saranno conservati per un tempo illimitato all'interno della cartella clinica del Suo Familiare e, pertanto, in caso di richiesta copia da parte dell'Interessato o degli aventi diritto, i suoi dati potranno essere comunicati a tali soggetti.

Esercizio dei diritti.

Lei potrà esercitare i diritti di cui agli articoli dal 14 al 22 del GDPR 679/2016 ovvero ha il diritto di accedere ai Suoi dati personali, richiedere la loro rettifica, limitazione e cancellazione.

Per queste richieste, può contattare per iscritto

il Direttore della struttura, Preposta al Trattamento dei Dati _____ email:

_____.

Il Responsabile protezione dei dati aziendale e-mail:

Lei ha comunque il diritto di presentare un reclamo all'autorità di controllo (in Italia l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, www.garanteprivacy.it, e-mail garante@gpdp.it, centralino tel. 06696771).

Titolari e Responsabili del trattamento.

Titolare del Trattamento: Azienda.....pec: Responsabile Protezione dei Dati: Via Roma, 67 -56126 Pisa – mail:..... – pec:

data e firma del familiare/caregiver/persona di fiducia autorizzato:
.....

| | | |
|--------------------|--|--|
| ALLEGATO B1 | AUTORIZZAZIONE, CONSENSO INFORMATO, TRATTAMENTO DEI DATI E CHECK LIST PER IL 1° ACCESSO E PERMANENZA NELL'AREA COVID DI UN FAMILIARE/CAREGIVER/PERSONA DI FIDUCIA | CI/TD/CL Rev. 00 del .././2020 Pag. 4 di 4 |
|--------------------|--|--|

| 3. SEZIONE: CHECK LIST PER LA SICUREZZA DEL VISITATORE IN AREA COVID – 1° ACCESSO | | |
|---|--|---|
| <p>La sottostante check-list deve essere compilata dal personale che accoglie il visitatore e che lo supervisiona durante la vestizione (secondo la sequenza di “ingresso”), la permanenza nell’area di degenza e la svestizione (secondo la sequenza di “uscita”). Le firme dell’operatore e del familiare/caregiver/ persona di fiducia sono necessarie a conferma dell’esecuzione di tutte le procedure previste.</p> | | |
| <p style="text-align: center;">INGRESSO ora: __:__</p> <p>NB. rispettare la sequenza delle manovre nell’ordine sotto riportato</p> <p>Indossare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Sovrascarpe <input type="checkbox"/> 2. Igiene mani <input type="checkbox"/> 3. Primo paio di guanti <input type="checkbox"/> 4. Camice monouso <input type="checkbox"/> 5. Cuffia <input type="checkbox"/> 6. Mascherina <input type="checkbox"/> 7. Secondo paio di guanti <input type="checkbox"/> 8. Visiera | <p style="text-align: center;">PERMANENZA (di norma non superiore a 15 minuti)</p> <p>Rispetto del distanziamento SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Rispetto dell’area di pertinenza SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Note:</p> | <p style="text-align: center;">USCITA ora: __:__</p> <p>NB. rispettare la sequenza delle manovre nell’ordine sotto riportato</p> <p>Rimuovere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Camice monouso <input type="checkbox"/> 2. Primo paio di guanti <input type="checkbox"/> 3. Visiera <input type="checkbox"/> 4. Mascherina <input type="checkbox"/> 5. Cuffia <input type="checkbox"/> 6. Sovrascarpe <input type="checkbox"/> 7. Secondo paio di guanti <input type="checkbox"/> 8. Igiene mani |
| <p>FIRMA OPERATORE</p> <p>.....</p> <p>FIRMA VISITATORE</p> <p>.....</p> | <p>FIRMA OPERATORE</p> <p>.....</p> <p>FIRMA VISITATORE</p> <p>.....</p> | <p>FIRMA OPERATORE</p> <p>.....</p> <p>FIRMA VISITATORE</p> <p>.....</p> |

Il presente modulo è conservato all’interno della cartella clinica del paziente oggetto di visita, a garanzia di tutte le parti coinvolte.