

Alla domanda sono allegati i seguenti documenti:

- Scheda informativa dei dati relativi alla trasfusione o alla somministrazione di emoderivati¹;
- Scheda informativa dei dati relativi alla vaccinazione o certificato vaccinale;
- Dati relativi al vaccino² :
Tipo..... nome commerciale..... Ditta produttrice
- n. del lotto n. del controllo di stato.....
- certificato medico attestante la data di inizio dei primi sintomi, la sintomatologia oggettiva, gli esiti invalidanti;
- primo accertamento di positività di epatite o HIV in originale (se il primo accertamento è avvenuto durante un ricovero ospedaliero bisogna presentare copia conforme della cartella clinica)
- n. referti relativi ad accertamenti di laboratorio;
- n. referti relativi ad accertamenti strumentali;
- n. copia conforme di cartelle cliniche relativi a ricoveri
 Presso dal al
- Presso dal al
- Presso dal al
- Certificato di nascita del richiedente (anche autocertificazione)
- Stato di famiglia (anche autocertificazione)
- Certificato di morte (se il danneggiato è deceduto)

- Altro _____

Dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al sottoindicato indirizzo e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso:

Vian.
CAP Città prov.
telefono cell.

_____, li _____

(firma estesa leggibile)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, dichiaro infine di essere informato/a che:

- i dati personali verranno trattati dall'Azienda ULSS 5 Polesana per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione al procedimento avviato;
- il conferimento dei dati personali è obbligatorio, secondo le vigenti disposizioni, ai fini dell'avvio del procedimento in oggetto e che i dati verranno utilizzati per tale scopo;
- la gestione dei dati avverrà con modalità informatiche e manuali, nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza garantendo la riservatezza e la sicurezza dei dati stessi;
- il Titolare del trattamento è l'Azienda ULSS 5 Polesana;
- il Responsabile del trattamento è il Direttore della Struttura cui la presente richiesta è indirizzata;
- all'interessato è riconosciuto il diritto di chiedere, al Titolare del Trattamento, l'accesso ai propri dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguarda, nonché di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i dati saranno conservati per il periodo necessario all'espletamento del procedimento amministrativo e in ogni caso per il tempo previsto dalle disposizioni in materia di conservazione degli atti e documenti amministrativi.

_____, li _____

Firma _____

¹ Compilata e firmata da un medico specialista

² Qualora non deducibili dal certificato vaccinale

**SCHEDA INFORMATIVA DEI DATI RELATIVI
ALLA TRASFUSIONE O ALLA SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI**

Cognome e Nome.....
Luogo e data di nascita.....
Domicilio.....Tel.....

A) condizione patologica che ha richiesto la trasfusione o la somministrazione di emoderivati:

- 1) politrasfuso per emopatia cronica
- 2) trasfuso per evento acuto

Informazioni relative al prodotto/ti somministrato/ti per i soggetti di cui al punto 1)

Tipo/Tipi e periodo/i di somministrazione:

- 1).....dal.....al.....
- 2).....dal.....al.....
- 3).....dal.....al.....
- 4).....dal.....al.....
- 5).....dal.....al.....

Annotazioni:

Informazioni relative al prodotto somministrato per i soggetti di cui al punto 2)

Tipo:

N° unità:

Data di somministrazione: |__|__|/|__|__|/|__|__|

Luogo di somministrazione:

Annotazioni:

Informazioni relative all'infezione da HIV:

Data rilevamento sierologico: |__|__|/|__|__|/|__|__|

Data diagnosi di malattia: |__|__|/|__|__|/|__|__|

Data grave immunodepressione (CD4<200ml): |__|__|/|__|__|/|__|__|

Informazioni relative all'infezione da virus epatici:

Data rilevamento sierologico HBSAg: |__|__|/|__|__|/|__|__|

Data anti HCV: |__|__|/|__|__|/|__|__|

Data diagnosi di epatopatia irreversibile: |__|__|/|__|__|/|__|__|

Data dell'avvenuto decesso: |__|__|/|__|__|/|__|__|

B) Infezione contratta da operatori sanitari durante il servizio

Data evento che ha determinato l'infezione: |__|__|/|__|__|/|__|__|

Informazioni relative all'infezione da HIV:

.....

Informazioni relative all'infezione da virus epatici:

.....

Data del decesso: |__|__|/|__|__|/|__|__|

.....
(firma leggibile e timbro)

SCHEMA INFORMATIVA DI REAZIONE INDESIDERATA DA VACCINO

NOTIFICA DI REAZIONE INDESIDERATA A VACCINO

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Domicilio Tel.

Vaccinato Contatto

Anamnesi fisiologica

.....

.....

Anamnesi patologica remota

.....

.....

Farmaci di recente somministrazione

.....

.....

Data somministrazione vaccino |__|__|__|

Nome commerciale vaccino

Ditta produttrice Serie Lotto

Controllo di statoPrepar. il Scad. il

Luogo di somministrazione del vaccino:

Centro vaccinale/ASL Studio medico privato

Sede e denominazione Centro vaccinale/ASL

Precedenti somministrazioni effettuate in data |__|__|__|

Data di inizio dei primi sintomi soggettivi |__|__|__|

Data di inizio dei primi sintomi oggettivi |__|__|__|

Sintomi soggettivi rilevati da

Sintomi oggettivi rilevati da

Eventuali visite specialistiche

.....

Esito della reazione indesiderata

Altre vaccinazioni praticate (1):

.....

.....

(1) Se effettuate nella stessa seduta, riportare tutti i dati relativi al vaccino (nome commerciale, lotto, ecc.). Se effettuate in precedenza, specificare le date di somministrazione.

Sintomi oggettivi generali

- febbre ; > 39° C
- durata della febbre |__|__| gg.
- cefalea
- anoressia
- vomito
- diarrea
- stipsi
- iperemia fauci
- iperemia cutanea
- esantemi

Sintomi oggettivi neurologici

- debolezza muscolare
- areflessia tendinea
- atassia
- paresi transitoria
- paralisi permanente
- segni meningei
- segni encefalici
- convulsioni
- exitus
- altro

note:
.....
.....
.....
.....

..... il |__|__|__|

.....
(firma per esteso leggibile)