

	<p>PROGETTO DELLA REGIONE LAZIO “FACILITAZIONE DELLA COMUNICAZIONE NEI PAZIENTI CON GRAVI PATOLOGIE NEUROMOTORIE” Azienda “Complesso Ospedaliero S. Filippo Neri” www.sanfilipponei.roma.it – segreteria.dsp@sanfilipponei.roma.it Società Cooperativa Sociale “Centro per l’Autonomia” www.centroperlautonomia.it – comunicazione@centroperlautonomia.it</p>
<p>Modulo 1: Attivazione del Percorso</p>	

Al Centro di Riferimento Regionale per _____⁽⁰¹⁾
(specificare la patologia)
 presso la Struttura _____⁽⁰²⁾
(specificare la struttura sanitaria)
 @ _____⁽⁰³⁾ fax _____⁽⁰⁴⁾

Il/la sottoscritto/a _____
(nome⁽⁰⁵⁾ e cognome⁽⁰⁶⁾ dello specialista inviante)
 in qualità di _____
(specificare professionalità⁽⁰⁷⁾ e ruolo⁽⁰⁸⁾)
 operante presso _____
(specificare la struttura⁽⁰⁹⁾)
 tel.⁽¹⁰⁾ _____ fax.⁽¹¹⁾ _____ email _____⁽¹²⁾

chiede l’attivazione del percorso per l’erogazione di ausili per facilitare la comunicazione nelle persone con gravi patologie neuromotorie (D.G.R. n°393 del 22/05/2009) per il/la sig./sig.ra

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

Nome ⁽¹³⁾ _____	Cognome ⁽¹⁴⁾ _____
nato/a a ⁽¹⁵⁾ _____	il ⁽¹⁶⁾ _____
residente nel Comune di ⁽¹⁷⁾ _____	
in Via ⁽¹⁸⁾ _____	N° _____ CAP ⁽¹⁹⁾ _____
Recapiti telefonici ⁽²⁰⁾ _____	⁽²¹⁾ _____
e-mail ⁽²²⁾ _____	codice fiscale ⁽²³⁾ _____
eventuale familiare di riferimento _____ <i>(nome⁽²⁴⁾ e cognome⁽²⁵⁾)</i>	
recapiti telefonici del familiare ⁽²⁶⁾ _____	⁽²⁷⁾ _____
email ⁽²⁸⁾ _____	

INFORMAZIONI SANITARIE

Diagnosi della patologia	_____ ⁽²⁹⁾ _____
Condizioni generali	_____ _____
Tracheotomia	si no Data della tracheotomia _____

DIFFICOLTÀ DI COMUNICAZIONE

data inizio difficoltà di comunicazione: _____

data inizio impossibilità di comunicazione: _____

disartria Grave Media Lieve disfonia Grave Media Lieve

altro da segnalare : _____

FUNZIONALITÀ MOTORIAsono presenti movimenti volontari nei seguenti distretti (*barrare ove presenti*)CAPO Minimi Ridotti Normali

ARTO SUPERIORE DESTRO

• Mano Minimi Ridotti Normali • Singole dita Minimi Ridotti Normali

ARTO SUPERIORE SINISTRO

• Mano Minimi Ridotti Normali • Singole dita Minimi Ridotti Normali

ARTO INFERIORE DESTRO

• Piede Minimi Ridotti Normali

ARTO INFERIORE SINISTRO

• Piede Minimi Ridotti Normali

Altro da segnalare: _____

POSTURALa persona è in grado di mantenere la postura seduta **SI** **NO** Se **SI** per quante ore? _____**FUNZIONALITÀ VISIVA (*barrare per conferma*)**

E' presente il movimento coniugato degli occhi :

• in tutte le direzioni **SI** **NO** • solo in alcune direzioni **SI** **NO** Porta lenti oftalmiche di correzione **SI** **NO** Chiude/apre volontariamente le palpebre **SI** **NO** Presenza di patologie dell'occhio **SI** **NO**

Se sì, indicare quali: _____

Altro da segnalare: _____

AUSILI TECNOLOGICIUsa già un ausilio tecnologico **SI** **NO** Se **SI** specificare quale: _____

La persona ha esperienza di uso dell'informatica? **SI** **NO** **E' stata rilasciata dal paziente e dai familiari l'autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi L.196/2003;**

il modulo di consenso a tal fine sottoscritto è allegato a pag 3 del presente modulo

Data⁽³⁰⁾ ____/____/____*Timbro e firma medico inviante*

Informativa e consenso al trattamento dei dati personali

Gentile Signore/a,

desideriamo informarla che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

- 1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:** *documentazione dell'evoluzione clinica, diagnosi, cura, prevenzione, riabilitazione, inserimento socio-educativo, statistiche e monitoraggio per la tracciabilità degli ausili consegnati in comodato d'uso, studio e ricerca, supporto formativo per gli altri operatori che seguono la persona, trasmissione alle ditte distributrici degli ausili limitatamente a quanto necessita per le procedure di acquisizione degli ausili più adatti ad ogni paziente.*
- 2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità:** *manuale e/o informatizzata;*
- 3. Il conferimento dei dati è facoltativo** sebbene l'eventuale rifiuto di fornire tali dati potrebbe comportare la mancata prosecuzione delle prestazioni richieste;
- 4. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003.**

Il sott.o/a _____ nato/a _____ Prov _____ il _____

In qualità di:

- persona direttamente interessata al trattamento dei dati personali _____
- _____ del signor/a _____ perchè non può firmare
- padre/madre del minore _____
- tutore del minore/Signor/a _____
- amministratore di sostegno del Signor/a _____

Dà il consenso

Nega il consenso

al trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati nella presente informativa.

Inoltre

5. Autorizzo alla comunicazione e diffusione dei dati presso: *Istituzioni, Enti, Associazioni e Gruppi di studio, formazione e ricerca od eventualmente presentati a Congressi e Convegni nei soli casi previsti dalla norma di legge o di regolamento e, in ogni caso, nel rispetto della normativa sulla privacy. La comunicazione dei dati è comunque limitata a quanto strettamente necessario per effettuare gli adempimenti di competenza e il trattamento avviene nel rispetto dei principi di necessità ed indispensabilità.*

Dà il consenso

Nega il consenso

Luogo e data

Firma di chi rilascia il consenso

Firma del medico che ha
condotto il colloquio sul consenso
