



Da restituire compilato e firmato o inviare via fax al N. 800.036.415 o all'indirizzo E-mail: gricarealfa1@italiassistenza.it

Per informazioni N. 800.288.500 dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 18:00 (esclusi festivi) - E-mail: gricarealfa1@italiassistenza.it

PROGRAMMA DI SUPPORTO AI PAZIENTI "GriCareα1"

DESCRIZIONE DEL PROGRAMMA, MODULO DI ADESIONE E CONSENSO INFORMATO PAZIENTE

Il Programma "GriCareα1" è promosso dall'azienda farmaceutica GRIFOLS ITALIA S.p.A. supporto dei Pazienti con carenza congenita di Alfa-1-antitripsina in trattamento con il farmaco Prolastin (Alfa-1-Antitripsina e/o Inibitore delle proteinasi). Il Programma "GriCareα1" viene erogato da parte di Italiassistenza S.p.A., e prevede un ciclo di accessi al domicilio dei Pazienti da parte di infermieri specializzati per la somministrazione di Prolastin. I rifiuti derivanti dalle citate somministrazioni saranno ritirati e smaltiti da Provider specializzati.

A tal fine, il Paziente si impegna, con la sottoscrizione del presente modulo, a prestare la massima disponibilità al fine di consentire agli operatori delle società incaricate da Italiassistenza S.p.A. l'accesso al proprio domicilio nei tempi e nei modi che gli verranno indicati volta per volta con congruo anticipo per il recupero dei rifiuti provenienti dalla somministrazione in modo da garantire la conformità ai requisiti di legge in tema di smaltimento farmaci.

Paziente	Nome e Cognome:		Sesso: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
	Luogo di Nascita:		Data di Nascita ___/___/___	
	Tel. Casa:		Cell.:	
	E-Mail:			
	Indirizzo:			
	Città:			
	Nominativo sul citofono:			
	Piano:		Scala:	Interno:
	Modalità preferenziale di contatto: <input type="checkbox"/> SMS _____ <input type="checkbox"/> E-Mail _____			
	Fascia oraria preferita di contatto: <input type="checkbox"/> dalle 09:00 alle 14:00 <input type="checkbox"/> dalle 14:00 alle 18:00			
	Giorno indicativo di preferenza per il ritiro dei residui derivanti dalla somministrazione: _____			
	Fascia oraria preferita indicativa: <input type="checkbox"/> dalle 09:00 alle 14:00 <input type="checkbox"/> dalle 14:00 alle 18:00 <i>(da confermare a cura di Italiassistenza)</i>			



Io sottoscritto richiedo l'iscrizione gratuita al Programma "GriCareα1" e la conseguente attivazione dei servizi in esso inclusi che mi sono stati illustrati.

_____ Data

_____ Firma Paziente

Medico Richiedente	Nome e cognome del medico di riferimento:	
	Nome del Centro di riferimento:	
	Tel.:	Cell.:
	Farmaco: Prolastin	
	Modalità di somministrazione: endovenosa	
	Schema terapeutico	
	Dose: _____	
	Numero flaconi per somministrazione: _____	
	Episodi clinici significativi:	
	Note:	
Giorno indicativo di preferenza per incontro conoscitivo con il Medico del Centro e l'infermiere Italiassistenza presso il Centro: _____ <i>(da confermare a cura di Italiassistenza)</i>		
Giorno indicativo di preferenza richiesta per il primo accesso domiciliare: _____ <i>(da confermare a cura di Italiassistenza)</i>		

Io sottoscritto Dr.ssa/Dr. confermo che il Paziente è in terapia presso il Centro e che lo stesso è idoneo alla somministrazione della terapia secondo le indicazioni del Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) di Prolastin.

_____ Luogo e data

_____ Timbro e firma del Medico

Codifica Paziente *(campo da compilare a cura di Italiassistenza)*



**INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI AI SENSI DELL'ART. 13 SENSI DEL
REGOLAMENTO UE 2016/ 679 ("GDPR") E DEL D.LGS. 196/2003 COME NOVELLATO DAL
D.LGS. 10 AGOSTO 2018 N. 101**

Gentile Paziente,

ha ricevuto dal Suo Medico le informazioni relative alle modalità di funzionamento del Programma "GriCare01" (di seguito "Programma") ed ha deciso di aderire al Programma, promosso da GRIFOLS S.p.A., con sede in Milano, Viale Enrico Forlanini, 23 ("Sponsor") e realizzato da Italiassistenza S.p.A., con sede legale a Reggio Emilia, Viale IV Novembre, 21 (di seguito, "Italiassistenza"), in qualità di titolare del trattamento dei dati. In virtù della Sua decisione di partecipare al Programma, Italiassistenza S.p.A. (di seguito "Italiassistenza" o "Titolare"), come sopra identificata, in qualità di Titolare del trattamento, La informa circa le finalità e i mezzi con cui i Suoi dati saranno trattati nell'ambito del Programma.

1. Dati personali trattati

I dati personali che saranno raccolti e trattati nell'ambito del Programma sono:

- dati anagrafici (nome, cognome, data e luogo di nascita, sesso);
- dati di contatto (indirizzo domicilio, telefono, cellulare, e-mail);
- dati relativi al suo stato di salute (necessarie per giustificare la Sua partecipazione al Programma nonché le informazioni attestanti l'aderenza alla somministrazione).

Il trattamento dei dati indicati è necessario per gestire correttamente la Sua partecipazione al Programma.

2. Finalità del trattamento

I Suoi dati personali saranno utilizzati esclusivamente per le seguenti finalità:

- a) organizzazione e gestione dei servizi oggetto del Programma per il cui dettaglio si rinvia al relativo prospetto informativo;
- b) inviarLe comunicazioni di servizio e materiale informativo relativo al Programma tramite contatto telefonico, invio di sms o di e-mail;
- c) esecuzione degli adempimenti di farmacovigilanza;
- d) gestire le attività logistiche attinenti al programma;
- e) somministrazione di questionari e/o esecuzione di indagini telefoniche, o via web, relative alla qualità dei servizi erogati.

Inoltre, i Suoi dati potranno essere trattati per finalità statistiche o di divulgazione al solo scopo di valutare e/o dimostrare l'efficacia del Programma. Tale tipo di operazione prevede l'utilizzo dei Suoi dati in forma rigorosamente anonima.

3. Modalità del Trattamento

Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato sia in modalità cartacea sia con l'ausilio di mezzi elettronici e/o informatici.

4. Titolare del Trattamento

La informiamo che il Titolare del trattamento dei Suoi dati è Italiassistenza S.p.A., società con sede legale a Reggio Emilia, Viale IV Novembre, 21 (di seguito, "Italiassistenza").

5. Ambito di comunicazione dei dati personali

La informiamo che il Titolare raccoglierà e gestirà i Suoi dati attraverso soggetti debitamente autorizzati a svolgere le attività relative al Programma (quali a titolo esemplificativo e non esaustivo infermieri, professionisti del settore sanitario e assistenziale che erogano sul territorio il Programma) ai quali sono state fornite istruzioni da seguire al fine di garantire elevati livelli di riservatezza.

Lo Sponsor non accederà in alcun modo ai Suoi dati personali e si porrà in condizione di non identificarla se non per fini legati ad episodi di Farmacovigilanza o gestione di contestazioni e difesa in giudizio. I dati raccolti potranno essere oggetto di comunicazione ai soggetti la cui facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta dalla legge.

6. Trasferimento dei dati all'estero

I Suoi dati sono conservati su server ubicati in Europa. Resta inteso che il Titolare o qualunque altro soggetto legittimata ad accedere ai Suoi dati, ove necessario, avrà la facoltà di trasferire i dati anche al di fuori del territorio dell'Unione Europea, in conformità e nei limiti di cui alla normativa applicabile, e garantendo gli standard di tutela prescritti dalla normativa comunitaria.

7. Periodo di conservazione

I suoi dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario all'espletamento del servizio e per gli scopi per i quali sono stati raccolti conformemente a quanto previsto dagli obblighi di legge e, comunque, per un periodo non superiore a 10 anni dalla fine del Programma.

8. Base giuridica del Trattamento e natura del conferimento dei dati

Tratteremo i Suoi dati personali sulla base del consenso espresso. Il Suo consenso al trattamento dei Dati per le finalità indicate al precedente articolo 2 lett. (a), (b), (c) e (d) è necessario ai fini della partecipazione al Programma e all'espletamento di obblighi di legge; per tale ragione, un eventuale rifiuto a conferire i dati ovvero ad autorizzarne il trattamento per le citate finalità comporterà l'impossibilità di erogare i servizi oggetto del Programma nonché di ottemperare agli obblighi di legge.

Il Suo consenso al trattamento dei Dati per le finalità indicate al precedente articolo 2 lett. (e) è facoltativo.

In qualsiasi momento Lei potrà revocare il consenso senza che ciò possa pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso da Lei prestato prima della revoca.

9. Diritti dell'interessato

ALL. 9 Modulo Adesione Paziente



In relazione ai predetti trattamenti Lei potrà esercitare i diritti che Le sono riconosciuti dalla normativa in materia di protezione dei dati (artt. da 15 a 22 GDPR) tra cui, ad esempio, il diritto di revocare il proprio consenso, il diritto di chiedere l'integrazione, l'aggiornamento, la rettificazione o (nei casi previsti) la cancellazione dei propri dati e il diritto di richiedere la limitazione del trattamento od opporsi allo stesso. Infine, qualsiasi Sua contestazione relativa ai trattamenti sopra descritti potrà essere oggetto di reclamo dinnanzi al Garante per la protezione dei dati personali, Piazza di Venezia, 11 00186 Roma.

Tali diritti possono farsi valere scrivendo al Titolare del Trattamento: Italiassistenza S.p.A., società con sede legale in Reggio Emilia a Viale IV Novembre n.21, contattando il DPO dalla stessa incaricato all'indirizzo e-mail: dpo@italiassistenza.it.

Ulteriori informazioni in ordine al trattamento ed alla comunicazione di dati personali forniti direttamente o altrimenti acquisiti, potranno essere richieste al medesimo soggetto.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto, le cui generalità sono sopra indicate, dichiaro che:

1. Il medico di riferimento del Centro mi ha illustrato i servizi inclusi nel Programma;
2. Ho compreso le finalità del Programma e che l'adesione allo stesso prevede l'attivazione dei servizi descritti nel paragrafo Descrizione del Programma GriCareα1.
3. di aver ricevuto, preso visione letto e compreso l'Informativa sulla Protezione dei Dati contenuta nel presente modulo
4. Espressamente di acconsentire al trattamento dei Dati per le finalità indicate al punto 2 da lett. (a), (b), (c), (d) dell'informativa, necessarie per poter beneficiare del Programma.

In relazione a quanto stabilito al primo comma dell'articolo 8, dove viene sottolineato che, per poter beneficiare del Programma, è indispensabile esprimere il mio consenso al trattamento dei dati per le finalità indicate all'articolo 2 lett. (a), (b), (c) e (d), con la sottoscrizione del presente modulo, dichiaro di aver ricevuto e preso visione dell'Informativa sulla Protezione dei Dati contenuta nel presente modulo e di acconsentire al trattamento dei Dati per le finalità indicate all'articolo 2 lett. (a), (b), (c) e (d) dell'informativa.

Esprimo il consenso

Nego il consenso

In relazione al trattamento dei dati per le finalità indicate al punto 2 lett. (e) dell'Informativa sulla Protezione dei Dati

Esprimo il consenso

Nego il consenso

Luogo e Data

Firma del Paziente

Questo materiale è relativo al progetto "GriCareα1" sponsorizzato da Grifols Italia SpA - ed ha l'obiettivo di supportare il miglioramento dello stato di salute dei pazienti/cittadini, migliorare il trattamento e di supportare il SSN nella sua opera di assistenza ai pazienti/cittadini. NON ha natura /finalità promozionale.