



SCHEDA INFORMATIVA PRELIEVO

TESSUTI N.



C  
O  
M  
P  
I  
L  
A  
R  
E  
  
D  
A  
  
P  
A  
R  
T  
E  
  
D  
E  
L  
  
C  
O  
R  
D  
I  
N  
A  
M  
E  
N  
T  
O

Centro di Prelievo \_\_\_\_\_

pag. 1 di 10

**Sez.1 Notizie generali sul Donatore**

C.F. o similare \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Sesso M  F

Nato/a il:

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Pr. \_\_\_\_\_

Se arresto cardiocircolatorio Data del decesso       Ora \_\_\_\_\_ Se multiorgano Data       Ora \_\_\_\_\_

Data del ricovero       in \_\_\_\_\_ Reparto del Decesso \_\_\_\_\_

Data del prelievo       Ora \_\_\_\_\_ Reparto/Luogo \_\_\_\_\_

Salma sottoposta ad autorità giudiziaria NO  passare a sez.2 SI  precisare \_\_\_\_\_

Autorizzazione al prelievo fornita dal Magistrato \_\_\_\_\_

Data       Ora \_\_\_\_\_

**Sez.2 Richiesta autopsia**

No  passare a sez.3 Si  precisare Luogo \_\_\_\_\_ Data       Eseguita da \_\_\_\_\_

Risultati \_\_\_\_\_

Comunicati da \_\_\_\_\_

Data       Ora \_\_\_\_\_

Operatore \_\_\_\_\_

**Sez.3 Diagnosi**

Causa iniziale \_\_\_\_\_

Complicanze \_\_\_\_\_

Causa terminale \_\_\_\_\_

**Sez 4 Ispezione fisica**

Negativa  Positiva  ( precisare ) Eruzioni cutanee  \_\_\_\_\_ Tatuaggi  \_\_\_\_\_ Piercing  \_\_\_\_\_

Segni di iniezioni non compatibili con la degenza  Altro  \_\_\_\_\_

**Sez. 5 Trasfusioni**

Il donatore ha ricevuto emotrasfusioni nelle 48 ore precedenti il prelievo del campione di sangue? No  Si

Infusioni di colloidali nelle 48 ore precedenti? No  Si  Di cristalloidi nell'ora precedente? No  Si

**Compilare il MODULO DI EMODILUIZIONE ( pag.2 )**



SCHEDA INFORMATIVA PRELIEVO

TESSUTI N.



C  
O  
M  
P  
I  
L  
L  
A  
R  
E  
D  
A  
P  
A  
R  
T  
E  
D  
E  
L  
C  
O  
R  
D  
I  
N  
A  
M  
E  
N  
T  
O

Modulo di Emodiluzione

Pag. 2 di 10

DONATORE: \_\_\_\_\_

Applicare l'algoritmo per il calcolo dell'emodiluzione solo se il donatore presentava un'emorragia interna o esterna nota o sospetta, o se il donatore aveva un'età uguale o inferiore a 12 anni. Le emorragie intracerebrali o subaracnoidee non vanno considerate.

Peso del donatore: \_\_\_\_\_ Kg

Volume del Plasma (VP) = Peso del donatore (Kg) \_\_\_\_\_ ÷ 0,025 = \_\_\_\_\_ ml

Volume del Sangue (VS) = Peso del donatore (Kg) \_\_\_\_\_ ÷ 0,015 = \_\_\_\_\_ ml

**A. Emoderivati** trasfusi entro 48 ore prima del prelievo di sangue.

Globuli rossi, sangue intero, sangue ricostituito, emazie concentrate, sangue autologo conservato.

Data	Ora	Prodotto	Quantità (ml)

Subtotale A. \_\_\_\_\_ ml

**B. Colloidi** infusi entro 48 ore prima del prelievo di sangue.

Plasma, frazioni del plasma, destrano, piastrine, albumina, sol. proteiche.

Data	Ora	Prodotto	Quantità (ml)

Subtotale B. \_\_\_\_\_ ml

**C. Cristalloidi** infusi entro 1 ora prima del prelievo di sangue.

Sol. fisiologica, glucosio, sol. di Ringer, sol. di aminoacidi, mannitolo.

Data	Ora	Prodotto	Quantità (ml)

Subtotale C. \_\_\_\_\_ ml

**Determinazione dell'idoneità del campione di sangue.**

1. B + C = \_\_\_\_\_ ml La somma B + C è inferiore al volume del plasma (VP) ?  Si  No

2. A + (B + C) = \_\_\_\_\_ ml La somma A + B + C è inferiore al volume del sangue (VS) ?  Si  No

Se le risposte ad entrambe le domande 1 e 2 sono SI', il campione di sangue È IDONEO per sierologia.

Se una delle due risposte è NO, il campione di sangue prelevato NON È IDONEO per sierologia.

**Conclusioni**

- Il campione di sangue È IDONEO all'esecuzione di test sierologici.
- Il campione di sangue NON È IDONEO all'esecuzione di test sierologici.  
È necessario reperire un campione di sangue pre-trasfusione/infusione

C  
O  
M  
P  
I  
L  
A  
R  
E  
D  
A  
P  
A  
R  
T  
E  
D  
E  
L  
C  
O  
O  
R  
D  
I  
N  
A  
M  
E  
N  
T  
O

**Sez. 7 Anamnesi patologica**

**Donatore**

**pag 3 di 10**

Verificare le seguenti condizioni:

SI	NO	SI	NO	SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morte per causa sconosciuta		Sieropositività HIV 1 e 2		Rosolia congenita	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattia di Creutzfeldt-Jakob o encefalopatia spongiforme trasmissibile		Sifilide in fase attiva		Malaria o altre malattie protozoarie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CJD in consanguinei		Infezione da HTLV-I, HTLV-II		Leucemia, linfoma, mieloma	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie del sistema nervoso centrale di origine sconosciuta (es. sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica)		AIDS o gruppi a rischio		Trapianto di organo solido o tessuto	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenza (non secondaria a patologia cerebrovascolare, tumore, trauma; es. S. di Alzheimer)		Segni suggestivi di sarcoma di Kaposi		Emodialisi cronica	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. di Parkinson		Avvelenamento da monossido di carbonio		Innesti di dura madre non sintetica	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sindrome di Reye		Setticemia attiva (batteriemia, fungemia, viremia)		Trattamento con ormone della crescita estratto da ipofisi umane	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sindrome di Guillain-Barré		Endocardite batterica o fungina attiva		Immunosoppressione sistemica cronica	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Panencefalite subacuta sclerosante		Infezioni opportunistiche o sepsi localizzata		Perdita di peso inspiegata	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucoencefalopatia multifocale progressiva		Patologie intrinseche dell'occhio: retinoblastoma, tumore maligno del segmento anteriore, adenocarcinoma primitivo o metastatico, infiammazione oculare attiva, patologie oculari congenite o acquisite che pregiudicano l'utilizzo del tessuto (cheratocono, cheratogloblo, cicatrici corneali in zona ottica, pterigio, sindrome di Marfan, Noonan, Down)		Linfoadenopatia inspiegata da più di un mese	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encefalite virale attiva, o di origine sconosciuta, o encefalopatia progressiva		Pregressa chirurgia oculare o del segmento anteriore		Epatomegalia di causa sconosciuta	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningite		Tubercolosi in fase attiva o entro sei mesi dall'inizio del trattamento		Ittero di causa sconosciuta	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomielite		Interventi intracranici non specificati		Gammopatia monoclonale da più di dieci anni	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epatite virale attiva		Rabbia		Sudorazioni notturne	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sieropositività HBsAg		Ipergammaglobulinemie non indagate		Diarrea persistente inspiegata	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sieropositività epatite C		Tosse o dispnea persistente e inspiegata		Tosse o dispnea persistente e inspiegata	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note o notizie ulteriori :

**Sez. 8 ANAMNESI SOCIALE RELATIVA  
AL DONATORE:**

pag.4 di 10

C  
O  
M  
P  
I  
L  
A  
R  
E  
D  
A  
P  
A  
R  
T  
E  
D  
E  
L  
C  
O  
R  
D  
I  
N  
A  
M  
E  
N  
T  
O

	SI	NO
1. Il donatore presentava disturbi cognitivi, del coordinamento, della parola o mioclonie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. E' mai stata riscontrata una sieropositività per HIV o una infezione da HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Negli ultimi 5 anni : - ha assunto sostanze stupefacenti mediante iniezioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- è stato dedito alla prostituzione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- se maschio, ha avuto rapporti omosessuali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha ricevuto trattamenti con fattori della coagulazione di derivazione umana, per emofilia o patologie correlate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Negli ultimi 12 mesi, è stato esposto a sangue sospetto o infetto da virus dell'epatite B, C o HIV tramite punture accidentali o contatto tramite zone di cute lesa o mucose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ha ricevuto trasfusioni con sangue non certificato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. E' stato detenuto in carcere per più di 72 ore consecutive negli ultimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ha avuto rapporti sessuali con persone descritte nei punti 2-3-5, o con persone sospettate di essere affette da epatite B, C o infezione HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ha avuto contatti stretti con persone affette da epatite virale negli ultimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. È stato trattato per malattie veneree negli ultimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Si è sottoposto a pratiche di tatuaggio, <i>piercing</i> o agopuntura con condivisione di strumenti chirurgici negli ultimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. È stato sottoposto a trattamento laser per la correzione di difetti visivi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13. Per donatori pediatrici:</b>		
a. ha un'età ≤ a 18 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. appartiene a una delle categorie elencate sopra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. è nato da madre con infezione HIV, o appartenente a una delle categorie 2-10?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. è stato allattato al seno negli ultimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cognome e nome di chi ha compilato il questionario: \_\_\_\_\_

Data:

Firma \_\_\_\_\_

*Il trattamento dei dati viene effettuato nel rispetto e come specificato nella nuova Informativa ex art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati)*



SCHEDA INFORMATIVA PRELIEVO

TESSUTI N.



C  
O  
M  
P  
I  
L  
A  
R  
E  
D  
A  
P  
A  
R  
T  
E  
D  
E  
L  
C  
O  
O  
R  
D  
I  
N  
A  
M  
E  
N  
T  
O

Sez: 6 Principali farmaci somministrati

Pag.5 di 10

Donatore:

Il donatore è stato sottoposto a respirazione assistita ? NO SI Per quanto tempo? .....

Temperatura corporea negli ultimi 10 giorni: normale  37°C - 38,6°C  > 38,6°C

Causa e durata febbre (se nota)

Risultati di eventuali esami colturali: Sangue .....  
Espettorato .....  
Altro: .....

Procedura di mantenimento dei tessuti oculari Si  No

Refrigerazione salma No  Si  Data inizio ..... Ora inizio ..... Ora fine .....

NOTE:

-----  
-----

Identificazione delle fonti : .....

Sanitario del Coordinamento che ha raccolto i dati: Medico  Infermiere Qualificato

Data ..... Firma.....

DONATORE:

Pag. 6 di 10

C O M P I L A R E D A P A R T E D E I M E D I C I P R E L E V A T O R I O P B R A N T C O R A	<b>Sez. 9 Ispezione tessuti oculari</b>	OD ( descrivere se alterato )	OS ( descrivere se alterato )	
	Palpebre	normale OD OS <input type="checkbox"/>	_____	_____
	Congiuntiva	normale OD OS <input type="checkbox"/>	_____	_____
	Sclera	normale OD OS <input type="checkbox"/>	_____	
	Cornea	normale OD OS <input type="checkbox"/>	_____	
	Iride	normale OD OS <input type="checkbox"/>	_____	
	Cristallino	normale OD OS <input type="checkbox"/> Fachico <input type="checkbox"/> Pseudofachico <input type="checkbox"/> Afachico <input type="checkbox"/> --Fachico <input type="checkbox"/> Pseudofachico <input type="checkbox"/> Afachico <input type="checkbox"/>		
	Note:	_____		
	Identificazione del donatore effettuata tramite:	_____		
		_____		
	<b>Sez. 10 Prelievo</b>			
	Bulbo oculare	OD <input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/>	Cornea OD <input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/>	
	Campione di sangue inviato	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> tipo premortem <input type="checkbox"/> postmortem <input type="checkbox"/> pretrasfusioni <input type="checkbox"/> posttrasfusioni <input type="checkbox"/>		
	Modulo di consenso alla donazione	allegato <input type="checkbox"/> da richiedere alla struttura competente <input type="checkbox"/>		
	Il medico sottoscritto, dichiara: di aver controllato i dati clinici raccolti e l'identità del donatore, di aver verificato l'esistenza delle condizioni stabilite dalla vigente normativa riguardanti la manifestazione di volontà alla donazione e l'accertamento di morte, secondo le linee guida del CNT.			
	Medico incaricato del prelievo	_____		
	Data	_____	Ora _____ Firma _____	
	<b>Sez. 11 Esami sierologici</b>			
	Tipo di campione	Pre mortem <input type="checkbox"/> Post mortem <input type="checkbox"/> Pre trasfusioni <input type="checkbox"/> Post trasfusioni <input type="checkbox"/>		
	Data referto:	_____ ( vedi allegato )	Note: _____	
	Cognome e nome:	Firma _____		
<p>Il trattamento dei dati viene effettuato nel rispetto e come specificato nella nuova Informativa ex art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati)</p>				

## VERBALE DI PRELIEVO DI CORNEE / BULBI A SCOPO DI TRAPIANTO

Ai sensi della Legge 1 aprile 1999, n. 91 il sottoscritto Medico Oculista:

.....

### DICHIARA

che in data odierna alle ore....., dopo aver preso atto che sono state adempiute tutte le prescrizioni di Legge ed in particolare che:

- È stato compilato il verbale di accertamento di morte
- Vi è il nulla osta dell'Autorità Giudiziaria ( nei casi previsti)
- È pervenuta dichiarazione di NON OPPOSIZIONE di prelievo da parte degli aventi diritto.

Ha praticato nel cadavere del Sig. /Sig.ra:

.....

Presso l'Ospedale.....

Il prelievo di cornea / bulbo: DX  SN  ENTRAMBE

Il Dirigente Medico

.....li.....

.....

**VOLONTA' IN MERITO ALLA DONAZIONE DI TESSUTI OCULARI**

(Ai sensi della Legge del 1 aprile 1999 n. 91)

Il/La sottoscritto/a			
Residente a		CAP	
In Via/P.zza		n°	Telefono /
Coniuge non legalmente separato <input type="checkbox"/>		Convivente more uxorio <input type="checkbox"/>	
Figli maggiorenni <input type="checkbox"/>		Genitori <input type="checkbox"/>	
Altro <input type="checkbox"/> _____			
<b>Per i pazienti minorenni:</b>			
Cognome e nome		Rapporto di parentela	
_____		_____	
Cognome e nome		Rapporto di parentela	
_____		_____	
del/della Signor/Signora			
nato/a		il	
Deceduto/a per		in data	alle ore
nel Reparto di		dell'Ospedale	
Informato ai sensi della legge 1 aprile 1999 n°91:			
- che il loro congiunto, per il quale è in corso accertamento di morte ai sensi della legge 29 dicembre 1993 n°578 e del Decreto Ministeriale 11 agosto 2008, è stato riconosciuto essere un potenziale donatore di tessuti oculari			
- sulle opportunità terapeutiche per le persone in attesa di trapianto e sulla natura del prelievo			
<input type="checkbox"/> <b>Non si Oppone</b> <input type="checkbox"/> <b>Si Oppone</b>			
- All'immediato prelievo dalla salma del proprio congiunto di <input type="checkbox"/> <b>Cornee</b> <input type="checkbox"/> <b>Bulbi oculari</b>			
- A che vengano svolti accertamenti chimico-clinici sul proprio congiunto volti a prevenire la trasmissione di patologie dal donatore al ricevente			
Data ..... In fede .....			
(Firma)		(Firma)	
<b>INOLTRE</b> <input type="checkbox"/> <b>Acconsente</b> <input type="checkbox"/> <b>Non acconsente</b>			
- Che nel caso il trapianto non sia possibile, i tessuti prelevati vengano utilizzati per studi volti a migliorare la conoscenza e la possibilità di cura delle patologie corneali			
- Che i bulbi, dopo il prelievo della cornea per il trapianto, siano utilizzati per uno studio di biomedicina volto a migliorare la conoscenza delle caratteristiche dell'umore vitreo.			
- Lo studio prevede che tutto il materiale biologico prelevato sia distrutto.			
- Che i dati anagrafici di cui sopra siano utilizzati dalla Banca per corrispondenza con i congiunti del donatore e possano essere trasmessi all'Associazione Italiana Donatori Organi, Sezione Provinciale di Roma per il perseguimento degli scopi statutari, ai sensi <b>dell'Informativa ex art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati)</b>			
Data ..... In fede .....			
(Firma)		(Firma)	

## MODULO DA COMPILARE IN ASSENZA DEGLI AVENTI DIRITTO

In riferimento alla Legge n.91 del 1 Aprile 1999, avente in oggetto “ Disposizioni in materia di prelievi di trapianti di organi e tessuti” , pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n.87 del 15 Aprile 1999, si procede come di seguito:

Constatato il decesso del Sig. / Sig.ra .....  
alle ore .....del giorno.....presso il reparto di  
..... dell' Ospedale.....

Verificata l' idoneità alla donazione di tessuto sclero corneale;

Verificata la mancanza della dichiarazione di volontà in vita alla donazione di organi e tessuti tramite S.I.T.

Verificata l' assenza di dichiarazione di volontà olografa.

Espletate le procedure per la ricerca degli AVENTI DIRITTO alla non opposizione e verificatane l' assenza,

**SI PROCEDE AL PRELIEVO DI TESSUTO SCLERO CORNEALE SECONDO LE PROCEDURE VIGENTI.**

Roma li.....

**Medico o Infermiere qualificato del Coordinamento Locale**

**Firma.....**

**AZIENDA OSPEDALIERA COMPLESSO OSPEDALIERO SAN GIOVANNI- ADDOLORATA TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI 10 di 10**  
**BANCA DEGLI OCCHI DI ROMA - CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO REGIONE LAZIO -Informativa ex art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati)**

Egregia Signora, Egregio Signore,

il Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE 2016/679 riconosce e disciplina il diritto alla protezione dei dati personali, nel rispetto dei Suoi diritti e libertà fondamentali e della Sua dignità personale. Nella presente informativa sono riportate le informazioni relative al trattamento dei dati personali, particolari nonché idonei a rivelare lo stato di salute, effettuati da questa Struttura Sanitaria, secondo il cennato Regolamento.

a) **TITOLARITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI** Titolare del trattamento (di seguito denominato “il Titolare”) è l’Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni - Addolorata con sede in Roma, Via dell’Amba Aradam n. 9, in persona del Direttore Generale pro-tempore, contattabile ai seguenti riferimenti: PEC: ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it tel.:0677051

b) Responsabile della Protezione dei Dati personali (c.d. Data Protection Officer / DPO) ai sensi dell’articolo 37 Regolamento (UE) 2016/679, domiciliato per la funzione presso i medesimi Uffici e contattabile ai seguenti riferimenti: e-mail: dpo@hsangiovanni.roma.it PEC: dpo@pec.hsangiovanni.roma.it

**I. FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO** L’Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni - Addolorata è azienda del Servizio Sanitario Regionale del Lazio deputata ad erogare prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione ed è autorizzata a trattare i Suoi dati per lo svolgimento delle funzioni istituzionali demandate all’Azienda stessa. Il trattamento dei dati personali e particolari da parte dell’azienda è finalizzato a:

- tutelare la Sua salute e la Sua incolumità fisica;
- tutelare la salute e l’incolumità fisica di altre persone o della collettività, per fini di sanità e igiene pubblica;
  - selezione del donatore ed assegnazione del tessuto a scopo di trapianto;
  - possibilità di rintracciare in modo inequivocabile e permanente il donatore del tessuto sclero-corneale assegnato e trapiantato un particolare ricevente;
  - finalità scientifiche e statistiche.

**Base giuridica:** articolo 9 paragrafo II lettera h) e paragrafo III; paragrafo II lettera i); paragrafo II lettera j) del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo nonché articolo 2 septies del D. Lgs. 196/03 così come modificato dal D. Lgs. 101/18

**II. MODALITÀ DI TRATTAMENTO** I dati personali, particolari nonché quelli idonei a rilevare lo stato di salute che La riguardano nonché quelli del donatore saranno trattati in conformità con quanto previsto e disciplinato dal Regolamento mediante strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità già esplicitate, in modo lecito e secondo correttezza nonché nel rispetto del principio di minimizzazione, raccolti esclusivamente per gli scopi indicati in questa informativa o previsti dalla legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria o, ancora, per gli scopi od il raggiungimento di finalità necessarie e indispensabili nell’esecuzione dell’attività svolta e/o richiesta.

I Suoi dati anagrafici e di contatto potranno essere utilizzati per:

- Espressione della non opposizione in merito alla donazione di tessuto sclero-corneale
- Invio di lettera di ringraziamento da parte della Banca degli Occhi
- Di assenso ad utilizzare i tessuti e/o i bulbi per studio e che questi possano essere totalmente distrutto nel caso in cui il trapianto non sia possibile,

Nel caso in cui Lei non intenda renderli disponibili, può manifestare l’eventuale specifico dissenso all’atto della proposta di donazione da parte dei Coordinamenti Locali Trapianti. I dati da Lei rilasciati all’Azienda verranno trattati esclusivamente dal personale debitamente autorizzato e istruito dal Titolare, e saranno conservati in luogo idoneo ed appropriato, tutelandone la riservatezza, nel rispetto del segreto professionale e d’ufficio.

Potranno inoltre essere trattati da imprese esterne, previamente nominate quali “responsabili esterni” ai sensi dell’art. 28 del Regolamento, alle quali è affidato il compito di svolgere specifiche operazioni necessarie per garantire i servizi dell’azienda, nei limiti strettamente pertinenti alle finalità di cui sopra. Si informa che non esiste presso l’Azienda alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.

**III. CONFERIMENTO DATI** Ad eccezione di eventuali obblighi di legge, il conferimento dei dati personali richiesti da parte dell’Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni - Addolorata è facoltativo, ma necessario al pieno raggiungimento delle finalità sopra indicate. Fatto salvo il superiore diritto alla salute dell’individuo, l’eventuale rifiuto di conferire in tutto o in parte i dati richiesti o la successiva richiesta di cancellarli potrebbe comportare per l’Azienda l’impossibilità di eseguire o continuare, in tutto o in parte, l’attività richiesta o comunque inerente e/o conseguente allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali.

**IV. COMUNICAZIONE DEI DATI** I dati del donatore, inclusi quelli attinenti alla Sua storia clinica, potranno essere comunicati, quando ciò risulti necessario in relazione all’erogazione della prestazione o allo svolgimento dei compiti istituzionali attribuiti all’Azienda, al Registro nazionale dei trapianti o ad altri soggetti pubblici e privati, nei soli casi previsti da una norma di legge o di regolamento, nel rispetto della normativa vigente oppure su Sua specifica richiesta o indicazione. I dati del donatore ed i suoi dati in ogni caso non potranno essere oggetto di diffusione né verranno trasferiti in Paesi Terzi o organizzazioni internazionali.

**V. TEMPO DI CONSERVAZIONE DEI DATI** I dati personali, sensibili ed idonei a rivelare lo stato di salute del donatore da Lei forniti e/o prodotti dall’Azienda verranno conservati per il tempo previsto dall’attuale normativa. In particolare, i dati relativi a ciascun episodio di ricovero, raccolti nella relativa cartella clinica, verranno conservati a tempo indeterminato. Le restanti tipologie di trattamento dati che l’azienda può effettuare per l’assistito e il periodo di conservazione di ciascuna tipologia di dati sono indicati dalla normativa vigente alla tipologia stessa.

I tempi di conservazione dei documenti sono indicati nella delibera DG (giusta Deliberazione n. 515/DG del 28.06.2016).

**VI. I SUOI DIRITTI** In ogni momento potranno essere esercitati i diritti, secondo le modalità e le condizioni ivi indicate, previsti dagli articoli 15 (*Diritto di accesso dell’interessato*), 16 (*Diritto di rettifica*), 17 (*Diritto alla cancellazione ovvero diritto all’oblio*), 18 (*Diritto di limitazione di trattamento*), 20 (*Diritto alla portabilità dei dati*). Per far valere i propri diritti, gli interessati potranno inviare una richiesta all’Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni - Addolorata, Titolare del trattamento, all’indirizzo della sede aziendale oppure contattando il Responsabile della protezione dei dati personali, presso l’Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni – Addolorata, Via Amba Aradam 9, ai contatti sopra indicati.

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti effettuato dall’Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni - Addolorata avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, come previsto dall’art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

La versione sempre aggiornata di questa informativa è sempre rinvenibile sul sito web istituzionale <http://www.hsangiovanni.roma.it>