



SANIARP

MODELLO UNICO DI PRESCRIZIONE SERVIZIO SANITARIO
REGIONE CAMPANIA A.S.L. AVELLINO

9NS1HV5FNAACZO9

CENTRO PRESCRITTORE (DENOMINAZIONE): **ASL AVELLINO - VILLA ESTHER SRL - CHIRURGIA**CODICE STRUTTURA: **1501430901**IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT.: **FERRANTE ILARIA (NA035193)**CODICE PRESCRITTORE: **NA035193**

IN SERVIZIO PRESSO QUESTA UNITA' OPERATIVA DICHIARA CHE IL PAZIENTE CON CODICE FISCALE:

CODICE FISCALE PAZIENTE: **DNHMRY93P45Z138Q**A.S.L.: **AVELLINO**

DIAGNOSI 1

ICD9

COLECISTITE ACUTA E CRONICA -

57512

ID	PRINCIPIO ATTIVO	FORMA FARMACEUTICA	DOSE	POSOLOGIA	CICLO TERAPEUTICO	FASCIA S.S.N.			
1	ENOXAPARINA SODICA*	SOLUZIONE INIETTABILE	4000 UI	1 UNITA' (4000 UI) OGNI 1 GIORNI	10 giorni	A	PHT	H	C

CONDIZIONI CLINICHE

* **INDICAZIONI AUTORIZZATE IN PHT DI ENOXAPARINA SODICA/ENOXAPARINA SODICA BIOSIMILARE:**

2000/4000: PROFILASSI DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) NEI PAZIENTI CHIRURGICI A RISCHIO MODERATO E ALTO, IN PARTICOLARE QUELLI SOTTOPOSTI A CHIRURGIA ORTOPEDICA O GENERALE, COMPRESA LA CHIRURGIA ONCOLOGICA.

DATA: 31/05/2024

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE

Ferrante Iliana
Medico Chirurgo

Il parte (obb. solo per i trattamenti farmacologici)

Cod.Struttura: 1501430901

Cognome: DENHINA



Nome: MARIYA



Codice Fiscale: DNHMRY93P45Z138Q



Sesso:



Luogo di nascita: UCRAINA (XX)



Data di nascita: 05/09/1993



Residenza: AVELLINO (AV)



Indirizzo: VIA GIUSEPPE DI VITTORIO 96

Diagnosi ICD9: 520.579

PROGRAMMA TERAPEUTICO

per il trattamento della sua patologia necessita del farmaco:

ENOXAPARINA SODICA SOLUZIONE INIETTABILE

Dose: 4000 UI

Posologia: 1 UNITA' (4000 UI) OGNI 1 GIORNI

per: 10 giorni

Data Inizio: 31/05/2024

Scadenza: 10/06/2024

PRIMA PRESCRIZIONE PAZIENTE NAIVE

Motivazione per il monitoraggio sugli aspetti clinici per cui il medico prescrive ai pazienti naive farmaci a più alto costo:

Tipo Erogazione: D01 - ALLA DIMISSIONE DA RICOVERO ORDINARIO

EROGAZIONE FARMACO: Da Compilarsi a cura della struttura farmaceutica aziendale (max 30gg)				
DATA	FARMACO EROGATO	QUANTITA' IN UNITA'	TIMBRO FARMACIA	FIRMA DEL FARMACISTA
EROGAZIONE FARMACO: Da Compilarsi a cura della struttura farmaceutica aziendale				



SANIARP



DNHMRY93P45Z138Q

Informativa al trattamento dei dati (D.Lgs. 196/2003 art. 13 – GDPR UE/2016/679, art.17)

Gent.le Sig./Sign.ra, La si informa in merito all'utilizzo dei dati che Lei ci fornirà o acquisiti da terzi, al fine di consentirLe di esprimere consapevolmente il consenso al loro trattamento. I dati sono le informazioni personali (es. dati anagrafici, recapito, tessera sanitaria, codice fiscale, ecc.) e particolari (es. informazioni sullo stato di salute) e sono indispensabili per l'erogazione e la gestione delle prestazioni sanitarie richieste.

Il trattamento dei suoi dati verrà effettuato per svolgere attività necessarie per prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni richieste, farmaceutiche e specialistiche (come dettagliatamente specificato nell'informativa pubblicata sul sito www.saniarp.it) con modalità automatizzata, da parte dei soggetti autorizzati della Piattaforma Informatica Regionale Saniarp. Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda presso la quale i dati sono raccolti.

SANI.A.R.P., Portale Informativo della Regione Campania (D.G.R.C. n° 10 del 17/01/2017), governa i flussi informativi sanitari del prescritto e dell'erogato, sia dell'area farmaceutica che dell'area specialistica. L'accesso ai dati è consentito esclusivamente ai medici prescrittori e centri erogatori tramite un doppio sistema di filtro costituito sia dalle credenziali richieste per l'accesso al sistema Saniarp sia dalla specifica autenticazione tramite i codici riportati sulla tessera sanitaria dell'assistito; i dati verranno trattati in maniera anonima. A seguito di Suo specifico consenso, saranno resi disponibili agli autorizzati anche le erogazioni ed i piani terapeutici redatti precedentemente attivi e/o scaduti. Si informa che il consenso al trattamento dei dati tramite la Piattaforma Informatica Saniarp – Regione Campania è libero e facoltativo ed un suo eventuale rifiuto non inciderà sulla possibilità di usufruire delle prescrizioni ed erogazioni sanitarie. Sia in caso di revoca che di diniego, i Suoi dati sanitari restano comunque disponibili agli operatori Saniarp per gli eventuali obblighi di legge e saranno conservati per il periodo strettamente necessario al suo percorso di cura. La comunicazione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per fini statistici o diagnostico - terapeutici. Le informazioni sul Suo stato di salute non saranno mai diffuse né potranno essere utilizzate per finalità di marketing o di profilazione. Fornendo il Suo numero di cellulare Le verrà inviato un sms che la informerà dell'avvenuta erogazione farmaceutica.

L'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e GDPR UE/2016/679 con le modalità dettagliatamente indicate nell'informativa pubblicata sul portale www.saniarp.it. Tutte le richieste in materia di privacy possono essere indirizzate all'indirizzo email info@saniarp.it.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATIIl/la sottoscritta **DENHINA MARIYA**nato/a **UCRAINA (XX)**il **05/09/1993**residente in **AVELLINO (AV)**alla via **VIA GIUSEPPE DI VITTORIO 96**C.F. **DNHMRY93P45Z138Q**

cellulare.....

- **acconsente** al trattamento dei dati (personali e sensibili) che Lo/a riguardano per le finalità indicate nell'informativa e dettagliatamente illustrate dal sanitario, attraverso la Piattaforma Informatica SANIARP

SI ☐ NO ☐

- **acconsente** all'inserimento in SANIARP anche di tutti i dati relativi ad eventi pregressi

SI ☐ NO ☐

Data.....

Firma.....

- **acconsente** ad inserire in Saniarp le informazioni sanitarie inerenti **aborto, uso di alcool, sieropositività, atti di violenza sessuale e pedofilia, tossicodipendenza, parto in anonimato**, prestando specifico ed esplicito consenso

SI ☐ NO ☐

Data.....

Firma.....

Io sottoscritto Dott. **FERRANTE ILARIA**Centro **ASL AVELLINO - VILLA ESTHER SRL - CHIRURGIA**

confermo di aver spiegato al/alla Sig./Sig.ra **DENHINA MARIYA** identificata con documento n.....
rilasciata da.....le finalità di cui all'informativa e che il paziente presta il consenso per il
trattamento dei dati personali e particolari, firmando e datando personalmente questo modulo.

DATA: 31/05/2024

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE

Dott.ssa FERRANTE ILARIA
n° iscrizione **35421**
Albo Medici Chirurghi