



SANIARP

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



9NS1HV5FNAACZ09

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.

II parte (obb. solo per i trattamenti farmacologici)Cod.Struttura: **1501430901**Cognome: **DENHINA**Nome: **MARIYA**Codice Fiscale: **DNHMRY93P45Z138Q**

Sesso:

Luogo di nascita: **UCRAINIA (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 INIETTABILEDose: **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				

DATA: 31/05/2024

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE

 DOTT. MEDICO CHIRURGO
 Dott. Giacomo Sartori
 Albo Medici Chirurghi



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 DATI

Il/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 (personalni 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 personalni e particolari, firmando e datando personalmente questo modulo.