

**INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI
AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. 196/03 E ART. 12 DEL GDPR 769/2016 E
CONSENSO INFORMATO SCREENING CERVICALE**

Io sottoscritta _____

Nata il _____ a _____

Cod. Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefono: _____

Sono stata informata che, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 e dell'art. 12 del GDPR 769/16, i dati relativi al mio stato di salute saranno trattati come segue:

- 1) i dati personali forniti e riguardanti l'interessata, che usufruirà dei servizi forniti dall'ASP, saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali volte alla tutela della salute della paziente, nonché per quelle amministrative ad esse connesse, nel rispetto della normativa vigente. I dati saranno utilizzati anche allo scopo di perfezionare la banca dati degli assistiti afferenti alla nostra Azienda Sanitaria. Il trattamento dei dati sarà effettuato con strumenti elettronici e cartacei;**
- 2) i dati personali, sanitari e sensibili, saranno trattati secondo gli indirizzi del Garante della Privacy e, comunque, secondo il diritto inalienabile alla riservatezza. In ogni caso, non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati, con la massima riservatezza, solo ed esclusivamente per assolvere alle finalità istituzionali (ad esempio ad altri soggetti eventualmente interessati nel percorso diagnostico/terapeutico).**

Ai sensi dell'art. 11 del D.Lgs. 30-06-03 n. 196 e dell'art. 7 del DGPR 769/16, autorizzo il Centro Screening Oncologici ASP di Catanzaro, al trattamento dei miei dati. Sono a conoscenza che il risultato degli esami eseguiti dovrà essere ritirato da me direttamente. In alternativa, richiedo l'invio o la consegna del risultato a mezzo di:

POSTA CON INVIO AL SEGUENTE DOMICILIO:

Via _____ N° _____

Città _____ CAP _____

VIA EMAIL ALL'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA (consapevole di limiti e rischi correlati a tale invio):

Email _____

PERSONA DELEGATA

(persona di mia fiducia a cui consegnerò delega formale completa di copia del mio documento di riconoscimento da me firmata).

Do il mio assenso affinché il Centro Screening possa mettersi in contatto con il mio **Medico di fiducia Dott.** _____ per comunicazioni che mi riguardano inerenti allo screening: **SI** **NO**

Sono stato altresì informata (ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 30-06-03 n. 196) che in ogni momento ho diritto all'integrazione, modifica e/o cancellazione dei miei dati personali, nonché (ai sensi del GDPR UE 2016/679), all'oblio.

Prendo quindi atto che il test di screening verrà effettuato al solo scopo di prevenire i tumori del collo dell'utero. In particolare sono stata informata che non si tratta di una visita ginecologica e che comunque ogni altro tipo di patologia dell'apparato genitale o di altri organi non potrà essere evidenziata con questo esame. Come ogni esame, anche gli esami di screening presentano dei limiti: un test risultato positivo non implica necessariamente la presenza di malattia (**falso positivo**); allo stesso modo, un test negativo non permette di escludere con assoluta sicurezza l'assenza di malattia (**falso negativo**). È importante quindi che il test **venga ripetuto ogni tre anni** anche se il precedente era risultato negativo. È comunque possibile che un tumore si sviluppi nell'intervallo tra gli esami (**cancro intervallo**). Sono stata inoltre avvisata che, trascorsi 3 anni dall'esecuzione del Pap test, qualora non dovessi essere stata ricontattata, devo rivolgermi io stessa alla segreteria del Centro Screening, per programmare un nuovo test di screening.

INFORMATIVA TUMORE COLLO DELL'UTERO

Il **tumore del collo dell'utero (o della cervice uterina)** è al **secondo posto** nel mondo, dopo quello della mammella, tra i tumori che colpiscono le donne. Il tumore è causato da un'infezione persistente da **Papillomavirus Umano (HPV)**, infezione che si trasmette per via sessuale ed è molto frequente soprattutto nelle persone giovani. L'infezione, nella maggior parte dei casi, regredisce spontaneamente; se persiste nel tempo, si possono formare delle lesioni nel tessuto del collo dell'utero che possono evolvere in cancro. Sia le infezioni che le lesioni non danno alcun segno clinico, per cui è necessario eseguire alcuni test specifici per identificarle.

Il test impiegato finora nello screening per il tumore del collo dell'utero è il **Pap-test**. È un esame semplice che consiste in un prelievo di piccole quantità di cellule dal collo dell'utero e dal canale cervicale. Deve essere effettuato **ogni tre anni**: è questo infatti l'intervallo di tempo che rende massimi i benefici dello screening.

È importante ricordare che l'adesione puntuale ai programmi di screening (in particolare il rispetto degli intervalli prefissati) aumenta notevolmente le probabilità di individuare lesioni ad uno stadio di sviluppo molto precoce. Ciò consente, il più delle volte, di interrompere il cammino della lesione verso il tumore avanzato, con modifica della storia naturale della malattia e possibilità di interventi meno invasivi e più efficaci.

La vaccinazione anti HPV affianca ma non sostituisce i programmi di screening che devono essere eseguiti anche dalle donne vaccinate.

Anche se il risultato degli esami di screening è rassicurante, bisogna comunque fare attenzione a qualsiasi modifica o segnale del proprio corpo e parlarne col medico di fiducia, perché può capitare che un tumore si sviluppi tra un controllo e l'altro.

Data

Firma



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO

Dipartimento di Prevenzione-U.O. Igiene e Sanità Pubblica
Centro Screening Oncologici



REGIONE CALABRIA