

Modalità di compilazione e restituzione del questionario:

Compilare il questionario in ogni sua parte (dove possibile) e inviarlo, controfirmato e assieme agli allegati richiesti, presso la sede legale dell'Associazione Sclerosi Multipla Albero di KOS - ONLUS secondo le seguenti modalità:

- per posta a: **Associazione Sclerosi Multipla Albero di KOS Onlus, Via San Donato 74/5 40057 Granarolo dell'Emilia (BO)**
- per email a: **segreteria.asmakos@gmail.com** indicando nell'oggetto "**CENTRI DI DIAGNOSI E CURA**"

Questionario

Centri di diagnosi e cura

1. Informazioni sulla struttura sanitaria.

1.1. Denominazione:

.....

1.2. Ragione Sociale:

.....

1.3. Indirizzo (Via/Piazza - Cap - Località - Provincia):

.....

1.4. Sintetica descrizione della tipologia di struttura (ambulatorio privato/pubblico, poliambulatorio privato/pubblico, poliambulatorio annesso a Clinica privata, Clinica Universitaria o Ospedale SSN, ecc.):

.....

1.5. Il Direttore sanitario della struttura è il Dott.

Tel e-mail

1.6. Il sanitario responsabile per l'attività diagnostica ECD-TCCS per la CCSVI è il Dott.:

.....

Tel e-mail

1.7. **SOLO PER LE STRUTTURE PRIVATE NON ACCREDITATE:** Estremi Autorizzazione sanitaria del Comune (Numero, Data, Comune competente):

.....

1.8. **SOLO PER LE STRUTTURE PRIVATE:** Estremi eventuale Accredimento con SSN, definitivo o provvisorio:

.....

1.9. Estremi eventuale Accredimento di Eccellenza:

.....

1.10. La struttura, con particolare riferimento alla attività per la CCSVI-SM, è conforme alla normativa vigente in materia di accessibilità e di superamento delle barriere architettoniche?

Si No

1.11. Presenza di supporto segretariale di riferimento per i pazienti CCSVI:

Si No

1.12. Istruzioni per la prenotazione dell'esame (nominativi o struttura organizzativa di riferimento, orari, tel., fax, e-mail):

.....

.....

2. Informazioni su operatore/i che esegue/eseguono l'accertamento ECD-TCCS.

2.1. Per ogni operatore della struttura sanitaria che effettua diagnosi di CCSVI mediante ECD-TCCS, indicare il nome, il cognome, la specializzazione il numero e la provincia di iscrizione all'ordine dei medici.

Nome	Cognome	Specializzazione	Numero e Provincia di iscrizione all'Ordine dei Medici

2.2. **Allegare per ogni operatore il suo curriculum formativo-professionale ed eventuali specifici attestati di formazione diagnostica sulla CCSVI.** Nel curriculum specificare in particolare l'attività svolta in materia di

ECD venoso o eventuali altre esperienze formative in campo vascolare, eventuali iscrizioni a Società Scientifiche e partecipazione a convegni in materia vascolare o neurovascolare negli ultimi 5 anni.

3. Informazioni sul macchinario ECD utilizzato per l'indagine diagnostica

3.1. Marca:

.....

3.2. Modello:

.....

3.3. Caratteristiche tecniche principali del macchinario:

.....
.....

3.4. Caratteristiche tecniche delle sonde:

.....
.....

3.5. Breve descrizione del sistema informativo (tipologia dei dati sanitari registrati e modelli di output)

.....
.....
.....

3.6. La sua struttura organizzativa è disponibile a mettere a disposizione, ove ve ne fosse richiesta, i dati statistici di attività CCSVI nei confronti di:

Associazione Sclerosi Multipla Albero di KOS	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Società scientifiche mediche	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Istituzioni sanitarie pubbliche	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

4. Metodologia dell'indagine ECD-TCCS

4.1. Indicare il protocollo operativo di riferimento per l'indagine (estremi del documento e/o pubblicazione)

.....

5. Informazioni generali sull'attività di indagine diagnostica CCSVI del Centro

5.1. Data di inizio attività diagnostica:

5.2. Numero totale di indagini diagnostiche effettuate:

5.3. Prevalenza di positività ai criteri di diagnosi per CCSVI in pazienti SM:

5.4. Ove disponibile, prevalenza di positività ai criteri di diagnosi per CCSVI in pazienti SM in relazione alle diverse forme di SM:

TIPO SM	N° INDAGINI	N° CCSVI -	N° CCSVI +	CCSVI-/SM (%)	CCSVI+/SM (%)
Primaria Progressiva					
Secondaria Progressiva					
Recidivante Remittente					
CIS					

5.5. Ove disponibile, prevalenza di positività ai criteri di diagnosi per CCSVI in pazienti non SM:

TIPO	N° INDAGINI	N° CCSVI -	N° CCSVI +	CCSVI - (%)	CCSVI + (%)
SANI					
ALTRE MALATTIE NEUROLOGICHE					

5.6. Tempo medio (in minuti) impiegato per l'indagine diagnostica:

5.7. **Allegare copia di 2 o 3 referti di indagine ECD-TCCS (resi anonimi)**

6. Informazioni sulla tipologia di prestazione.

6.1. Indagine diagnostica effettuata in regime (barrare le voci di interesse):

- Privatistico
- Privato-accreditato
- Libera professione intra moenia in struttura SSN
- Libera professione intra moenia in struttura esterna al SSN
- Pubblico (SSN)

6.2. Tempo medio di attesa (in settimane o mesi) per l'indagine diagnostica effettuata mediante SSN:

.....

6.3. Modalità di gestione delle liste di attesa (eventuali criteri di priorità e criteri per i ricontrolli)

.....

.....

6.4. Costo a carico dell'utente attualmente applicato per l'indagine (prima indagine):

.....

6.5. Costo a carico dell'utente attualmente applicato per un ricontrollo:

.....

6.6. Possibilità di contatto col medico esaminatore entro 24 ore in caso di urgenza.

Si No

6.7. Modalità di contatto col medico esaminatore entro 24 ore in caso di urgenza:

.....

6.8. Indicare se si provvede alla fornitura immediata di referto scritto al termine dell'esame:

Si No

6.9. Indicare se si provvede alla fornitura di referto e registrazione dell'esame su CD:

Si No

6.10. Indicare se si provvede alla ricevuta/fattura immediata al termine dell'esame:

Si No

MODULO DI SOTTOSCRIZIONE

Clausola di veridicità di quanto dichiarato

La struttura sanitaria/ospedale
con sede in.....
in persona del Dott..... (la cui identità è stata indicata
all'interno del questionario) direttore responsabile della sopra individuata struttura sanitaria si assume la
responsabilità della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nel sopraesposto
questionario.

Luogo e data.....

Firma.....

INFORMATIVA EX ART. 13 D. Lgs. 196/2003

Egr. Dottore

Desideriamo informarla che il D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: i dati che ci fornirà saranno principalmente utilizzati per ragioni statistiche in modo aggregato ma potrebbero essere da noi utilizzati anche a scopo informativo, nei confronti dei nostri soci e malati e quindi resi pubblici mediante i canali a nostra disposizione: sito internet, newsletter, stampa. L'uso pubblico dei dati potrebbe essere anche nominativo della singola struttura.
2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale, informatizzato e cartaceo.
3. Il conferimento dei dati è facoltativo e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati non ha alcuna conseguenza.
4. I dati saranno comunicati a: altri soggetti quali soci dell'Associazione Sclerosi Multipla Albero di KOS onlus, malati, familiari dei medesimi e diffusi rendendoli pubblici mediante i canali sopra meglio individuati.
5. Il titolare del trattamento è l'Associazione Sclerosi Multipla Albero di KOS - Onlus
6. Il responsabile del trattamento è il Presidente dell'Associazione Sclerosi Multipla Albero di KOS - Onlus
7. Il rappresentante del titolare nel territorio dello Stato è l'Associazione Sclerosi Multipla Albero di KOS - Onlus
8. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

Decreto Legislativo n.196/2003.

Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

