



Foglio di richiesta per l'analisi FIT

**da inviare insieme al flacone del test FIT al Laboratorio di analisi FIT accreditato
tramite la busta pre-affrancata (presente nel kit FIT)**

Dati personali			
Cognome:		Nome:	
Indirizzo:		NAP e Luogo:	
Telefono:		Data di nascita:	
Numero riferimento:			

IMPORTANTE:

in assenza della data del prelievo fecale e/o dei dati personali sul flacone, l'analisi non potrà essere eseguita!

Data del prelievo fecale:	__/__/____
<p>Flacone del test FIT, la preghiamo di:</p> <p>1. staccare delicatamente l'etichetta con il codice a barre tramite l'apposita linguetta e incollarla nel riquadro a lato:</p> <p>2. scrivere in stampatello i seguenti dati:</p>	
<p style="text-align: center;"> <i>Incollare QUI l'etichetta con il codice a barre del flacone del test FIT</i> </p> <p style="text-align: center;"> NOME COGNOME DATA DI NASCITA sul flacone del test FIT. </p>	

Consenso informato e utilizzo dei miei dati

Con la mia firma confermo che:

- ho ricevuto un'esaurativa informazione sulla diagnosi precoce del tumore coloretale e sul funzionamento del Programma cantonale di screening coloretale e ho letto e compreso l'opuscolo informativo allegato alla lettera d'invito.

Con la mia firma fornisco il mio consenso affinché:

- i miei dati anagrafici e i miei dati medici rilevanti, come pure i risultati del test FIT e della colonscopia eseguita in caso di test FIT positivo, siano archiviati centralmente, trasmessi e visionati dal Centro programma screening Ticino, e trasmessi e visionati dai professionisti della salute coinvolti a fini diagnostici secondo la propria specifica competenza;
- il risultato del test FIT e i relativi dati medici siano trasmessi dal Centro programma screening Ticino al Medico di famiglia riportato sul questionario sullo stato di salute;
- il risultato della colonscopia a seguito di test FIT positivo e i relativi dati medici siano trasmessi dal Centro programma screening Ticino al Medico di famiglia riportato sul questionario sullo stato di salute e al Medico Gastroenterologo accreditato che ha eseguito la colonscopia;
- i risultati degli eventuali esami supplementari e l'indicazione/esecuzione dei trattamenti medici, a cui potrei essere sottoposto/a a seguito di una colonscopia positiva, siano trasmessi al Centro programma screening Ticino /Registro cantonale dei tumori nel rispetto delle prescrizioni legali inerenti la protezione dei dati; con la presente esonero, pertanto, il Medico di famiglia riportato sul questionario sullo stato di salute, il Medico Gastroenterologo accreditato che ha eseguito la colonscopia oppure il/i Medico/i che esegue/ono gli esami e i trattamenti medici supplementari, dall'obbligo del segreto medico nei confronti del Centro programma screening Ticino /Registro cantonale dei tumori;
- i miei dati siano utilizzati dal Centro programma screening Ticino /Registro cantonale dei tumori, in forma anonima e nel rispetto delle prescrizioni legali concernenti la protezione dei dati, a scopo statistico per i controlli di qualità e la valutazione dell'efficacia del Programma cantonale di screening coloretale;
- in caso di cambiamento del mio domicilio in un altro Cantone in Svizzera, il mio dossier completo sia trasmesso al Programma di screening coloretale di competenza.

Luogo, data: **Firma:**