



INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER LA DONAZIONE ALLOGENICA DI SANGUE CORDONALE E PER L'USO DELLE UNITA' NON IDONEE PER IL TRAPIANTO A SCOPO DI RICERCA

Ai sensi del 'Codice in materia di protezione dei dati personali' (Codice), La informiamo che i Suoi dati personali anche sensibili, saranno utilizzati dalla Milano Cord Blood Bank, con particolare riferimento al trattamento dei dati genetici, esclusivamente per finalità sanitarie volte alla valutazione dell'idoneità alla donazione di sangue cordonale e al fine di garantire l'idoneità dell'unità di sangue da cordone ombelicale all'uso per trapianto, o per altro uso clinico o per ricerca o per validazione di metodiche.

L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, recapiti telefonici è necessaria per la Sua rintracciabilità. L'indirizzo email è facoltativo e può essere utilizzato per ricontattarla o inviarLe altre comunicazioni riguardanti la donazione. Il trattamento dei dati sarà svolto in forma cartacea o elettronica, con adozione delle misure di sicurezza previste dalla legge.

I suoi dati personali non saranno diffusi.

I suoi dati saranno comunicati esclusivamente nei casi e nei modi indicati dalla legge e dai regolamenti ai soggetti previsti, in particolare, in attuazione della normativa sulle malattie infettive trasmissibili.

In relazione all'esito di test effettuati sul sangue cordonale, solo se espressamente richiesti dal Centro Trapianto, per la ricerca di malattie ereditarie, può determinarsi la necessità del trattamento di dati genetici e della comunicazione di notizie inattese. E' suo diritto opporsi al trattamento di tali dati e limitare l'ambito di comunicazione degli stessi, per motivi legittimi. E' sua facoltà conoscere o meno i risultati degli esami volti ad accertare la presenza di malattie genetiche ivi comprese eventuali notizie inattese.

La trasmissione in forma anonima dei dati ad altre istituzioni quali Centri di Trapianto e Registri italiani ed esteri verrà garantita dalla sostituzione dei dati anagrafici con un codice identificativo dell'unità di sangue da cordone ombelicale. La Milano Cord Blood Bank manterrà a tempo indeterminato il legame tra il codice identificativo e i dati personali, anagrafici e genetici. Tale legame consentirà di notificarLe, tramite il Centro di Raccolta o la Direzione Sanitaria o direttamente i risultati anomali riscontrati nell'ambito delle indagini virologiche o genetiche, contattarla per il ricontrollo dopo il parto, chiedere ulteriori informazioni sulla storia clinica, se necessario.

Nel caso di unità non idonee per il trapianto, La informiamo, inoltre, che i Suoi dati personali anche sensibili, saranno utilizzati esclusivamente per finalità sanitarie volte alla ricerca scientifica negli ambiti indicati dall'articolo 2, comma 1, lettera f del decreto 18 novembre 2009 istitutivo della rete nazionale delle banche del sangue del cordone ombelicale, o per la produzione di prodotti per uso clinico quali ad esempio il gel piastrinico, le cellule mesenchimali ecc. Per queste finalità, il sangue cordonale, se Lei acconsente, sarà utilizzato esclusivamente dalla Banca oppure da altre Banche afferenti alla Rete nazionale e da altre strutture ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale eventualmente coinvolte, che operino in conformità alla normativa vigente.

Per le stesse finalità, il sangue cordonale o il relativo materiale biologico da esso derivato potrà essere trasferito ai predetti soggetti in maniera irreversibilmente anonimizzata per garantire la riservatezza.

Non verranno comunicati né i suoi dati personali né quelli di Suo/a figlio/a.

I dati personali rimarranno invece conservati, con le dovute protezioni, dalla Banca di provenienza, dove soltanto il personale autorizzato avrà la possibilità di accedervi.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Codice (accesso, integrazione, opposizione per motivi legittimi) rivolgendosi al Direttore della Milano Cord Blood Bank e/o al personale indicato dal Centro di Raccolta/Servizio Trasfusionale.

Il mancato consenso al trattamento dei suoi dati comporterà l'esclusione dalla donazione di sangue cordonale.

Il Titolare del trattamento è la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, con sede in via Francesco Sforza 28, Milano.

Il Responsabile del Trattamento dei dati è individuabile nell'elenco aggiornato consultabile sul sito www.policlinico.mi.it.

Per qualsiasi ulteriore informazione potrà rivolgersi al Responsabile della Banca di riferimento: Milano Cord Blood Bank, tel. 0255034087 o al Responsabile del Centro di Raccolta, il cui numero di telefono Le verrà comunicato rivolgendosi alla Milano Cord Blood Bank.





ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Io sottoscritta: Cognome _____ Nome _____, in qualità di madre, nata a:
_____ il: _____ residente in Via _____, n. _____
Città _____ Provincia _____ CAP: _____, telefono n.: _____ n. cellulare
_____ e-mail (facoltativo) _____

Io sottoscritto: Cognome _____ Nome _____, in qualità di padre, nato a:
_____ il: _____ residente in Via _____, n. _____
Città _____ Provincia _____ CAP: _____, telefono n.: _____ n. cellulare
_____ e-mail (facoltativo) _____

acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e sensibili:

- acconsento non acconsento
al trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano me stessa/o e mio figlio/a in particolare i dati genetici
 acconsento non acconsento
a conoscere i risultati di eventuali test effettuati per la ricerca di malattie ereditarie
 acconsento non acconsento
ad essere informata/o sui risultati ottenuti e sul loro significato
 acconsento non acconsento
ad essere informata/o anche su eventuali risultati inattesi ottenuti, solo qualora questi rappresentino un beneficio concreto e diretto in termini di terapia, di prevenzione o di consapevolezza della scelte riproduttive
 acconsento non acconsento
ad essere informata/o anche su eventuali risultati inattesi ottenuti in ogni caso
 acconsento non acconsento
a rendere partecipi i familiari appartenenti alla stessa linea genetica dei risultati dell'indagine qualora risultino indispensabili per la tutela della salute degli stessi e qualora i medesimi ne facciano richiesta
 acconsento non acconsento
al trasferimento del campione biologico presso altre strutture esterne secondo i termini descritti nell'informativa
 acconsento non acconsento
alla conservazione del campione biologico, al trattamento dei dati personali e sensibili e in particolare al trattamento dei dati genetici, ad esso associati per finalità di diagnosi, cura e terapia e per il perseguimento di scopi di ricerca scientifica o per la produzione di prodotti per uso clinico quali ad esempio il gel piastrinico, le cellule mesenchimali ecc., secondo i termini descritti nell'informativa, presso la Milano Cord Blood Bank
 acconsento non acconsento
al trattamento dei dati personali e sensibili associati al campione biologico per eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici qualora in futuro la Milano Cord Blood Bank disponga di nuovi mezzi di indagine
 acconsento non acconsento
ad essere informato/a sui risultati ottenuti dalla ricerca scientifica o per la produzione di prodotti per uso clinico quali ad esempio il gel piastrinico, le cellule mesenchimali ecc., qualora questi rappresentino un beneficio concreto e diretto in termini di terapia, di prevenzione o di consapevolezza delle scelte riproduttive
 acconsento non acconsento
alla comunicazione agli appartenenti alla stessa linea genetica, qualora ne facciano richiesta, delle informazioni riguardanti i risultati ottenuti dalla ricerca scientifica o per la produzione di prodotti per uso clinico quali ad esempio il gel piastrinico, le cellule mesenchimali ecc., qualora questi rappresentino, anche per loro, un beneficio concreto e diretto in termini di terapia, di prevenzione o di consapevolezza delle scelte riproduttive

Data ___/___/___ ora ___ minuti ___ Firma della madre _____

Data ___/___/___ ora ___ minuti ___ Firma del padre _____

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome Nome _____ Qualifica _____ Data ___/___/___ Firma _____

REVOCA DEL CONSENSO per finalità di diagnosi, cura, terapia per finalità di ricerca scientifica o per la produzione di prodotti per uso clinico quali ad esempio il gel piastrinico, le cellule mesenchimali ecc

Io sottoscritta: Cognome _____ Nome _____, in qualità di madre, REVOCO il consenso precedentemente espresso Data ___/___/___ ora ___ minuti ___ Firma della madre _____

Io sottoscritto: Cognome _____ Nome _____, in qualità di padre, REVOCO il consenso precedentemente espresso Data ___/___/___ ora ___ minuti ___ Firma del padre _____

