

CTSL	03.02.738
Pagina	1 di 4
Operativa da	01/01/13

CONVENZIONE PER LA FORNITURA DI TESSUTI PER TRAPIANTO E CHIRURGIA OCULARE, SERVIZI E COLTURE DI CELLULE STAMINALI DEL LIMBUS CORNEALE

TRA

l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Sassari, in persona del Direttore Generale Dott. Alessandro Carlo Cattani, nato a Sassari (SS) il 26/07/1959, in qualità di legale rappresentante, domiciliato per la carica presso la sede legale della medesima in Sassari in Via Michele Coppino n. 26 (cod. fisc. 02268260904)

E

Fondazione Banca degli Occhi del Veneto Onlus, - Centro Regionale di Riferimento per gli Innesti Corneali e di Ricerca sulle Cellule Staminali Epiteliali, Certificata dal Centro Nazionale Trapianti e da *Certiquality* (Sistema di Gestione per la Qualità conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2008), con sede in Zelarino - Venezia, Via Paccagnella 11 – Padiglione Rama, c.f. 02320670272 – P.I. 03068370273, rappresentata dal Direttore, Dott. Diego Ponzin, di seguito denominata “Fondazione”

TUTTO CIO' CONSIDERATO

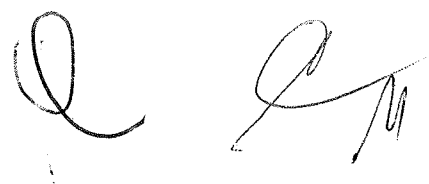
SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

**Articolo 1
Oggetto**

La presente convenzione prevede la fornitura di tessuti per trapianto e chirurgia oculare, servizi e colture di cellule staminali del limbus corneale, in accordo con la normativa vigente e il Codice Etico della Fondazione.

**Articolo 2
Procedura**

Tessuti per trapianto, chirurgia oculare e servizi. La richiesta della cornea e dei tessuti per trapianto e chirurgia oculare deve essere inoltrata con la maggiore tempestività possibile, secondo le modalità indicate dalle procedure di Fondazione, e accompagnata dall'autorizzazione scritta comprovante l'impegno al sostegno economico da parte della propria Amministrazione. Se previsto, deve essere accompagnata anche dall'autorizzazione del proprio Centro Regionale di Riferimento (vedi “Linee guida per il prelievo, la





CISL	03.02.738
Pagina	2 di 4
Operativa da	01/01/13

processazione e la distribuzione di tessuti a scopo di trapianto” – Documento tecnico della Consulta Tecnica Permanente per i trapianti e del Centro Nazionale dei Trapianti).

Culture di cellule staminali limbari. La richiesta di preparazione del medicinale per terapie avanzate dovrà essere inoltrata conformemente alle disposizioni e alla documentazione fornita da Fondazione, come da accordo tecnico di fornitura, nel quale saranno definite le responsabilità di ciascuna parte. Le colture di cellule staminali epiteliali limbari saranno accompagnate dalla certificazione della Persona Qualificata di Fondazione attestante l' idoneità del preparato.

Articolo 3 **Impegni delle parti**

Tessuti per trapianto, chirurgia oculare e servizi. La Fondazione si impegna a inviare, su richiesta del chirurgo oftalmologo di codesta Struttura Sanitaria, cornee idonee al trapianto, altri tessuti e servizi per chirurgia oculare.

I tessuti provengono da donazioni ai sensi della vigente normativa italiana sui trapianti e sono distribuiti dalla Fondazione nei limiti della disponibilità, secondo criteri equi e trasparenti, senza distinzione di genere, religione, appartenenza nazionale, credo, colore, in accordo con le proprie procedure operative, le linee guida del Centro Nazionale Trapianti, le norme italiane ed europee.

I tessuti sono accompagnati dalla certificazione attestante l' idoneità all' utilizzo e comprovante l' avvenuta selezione del donatore, volta a ridurre il rischio di patologie trasmissibili mediante il trapianto.

Ai fini della tracciabilità, una volta eseguito l' intervento il chirurgo utilizzatore dovrà compilare e inviare la "**scheda utilizzo**" che attesta l' uso del tessuto e contiene i dati del paziente.

In caso di **scompenso precoce del lembo**, per ragioni ad esso attribuibili e adeguatamente documentate secondo le istruzioni riportate su ogni scheda, il tessuto **corneale** per il **reintervento** sarà fornito con **urgenza e senza addebito dei costi relativi**.

Culture di cellule staminali limbari. La Fondazione si impegna, in accordo con il chirurgo oftalmologo della Struttura Sanitaria, ad effettuare l' amplificazione *in vitro* di cellule staminali epiteliali limbari fornite da quest' ultima nel rispetto delle normative vigenti.

Articolo 4 **Oneri**

Rimborsi

- relativamente al rimborso per le spese associate a tessuti e servizi forniti dalla Fondazione si rimanda all' allegato 1 (A1.002) che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

CTSL	03.02.738
Pagina	3 di 4
Operativa da	01/01/13

- La Fondazione di riserva di aggiornare l'entità dei rimborsi di cui al presente articolo.
- Per il rimborso relativo alla fornitura di colture di cellule staminali epiteliali limbari destinate al trapianto verrà applicata l'importo corrispondente alla "Tariffa Unica Convenzionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera associata al DRG 42", approvato dalla Conferenza dei Presidenti e degli Assessori alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome, e definito nel documento "Accordo Interregionale per la Compensazione della Mobilità Sanitaria" vigente per l'anno di riferimento. Non saranno oggetto di riaddebito le spese di trasporto dalla Fondazione alla Struttura Sanitaria e viceversa. Per eventuali servizi forniti riguardanti l'arruolamento del paziente e il *follow-up* successivo al trapianto verranno applicati i rimborsi riportati in allegato 1 della presente convenzione.

Spese accessorie

- Le spese bancarie rimangono a carico dell'ordinante, e la Fondazione si riserva di procedere al riaddebito delle stesse.
- Le spese di trasporto dei tessuti, e di eventuale materiale per valutazioni citologiche, istologiche e microbiologiche, sono a carico della Fondazione, ad eccezione delle situazioni che richiedono il ritiro in aeroporto da parte del personale ospedaliero o di corrieri locali.

La Struttura Sanitaria s'impegna a evadere i rimborsi dovuti alla Fondazione entro 60 giorni dalla data della fattura emessa da parte della Fondazione. In caso di ritardato o mancato pagamento, decorreranno gli interessi di mora da calcolare nella misura del saggio legale.

Articolo 5 **Gestione della Convenzione**

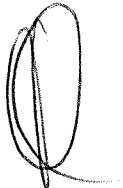

Ogni comunicazione tra le parti riguardante la presente Convenzione dovrà essere indirizzata come segue:

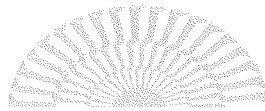
- aspetti clinici, controversie e Codice Etico:

Azienda Ospedaliero-Universitaria Sassari	Fondazione Banca degli Occhi del Veneto Onlus
	Dott. Diego Ponzin, Tel. +39 041 965 6400, Fax +39 041 965 6401, e-mail: diego.ponzin@fbov.it

- programmazione degli interventi, distribuzione di tessuti:

Azienda Ospedaliero-Universitaria Sassari	Fondazione Banca degli Occhi del Veneto Onlus
	Dott. Carlo Griffoni, Tel. +39 041 965 6420, Fax +39 041 965 6421, e-mail: carlo.griffoni@fbov.it



FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI
DEL VENETO - ONLUS

CTSL	03.02.738
Pagina	4 di 4
Operativa da	01/01/13

- aspetti amministrativi:

Azienda Ospedaliero-Universitaria Sassari	Fondazione Banca degli Occhi del Veneto Onlus
	Alessandra Fiore, Tel. + 39 041 965 6453, Fax + 39 041 965 6451, e-mail: alessandra.fiore@fbov.it

Articolo 6
Durata della Convenzione

La presente convenzione decorre dalla data del 1.05.2014 e sarà valida fino al 31 dicembre 2015.

Articolo 7
Tutela della privacy e Trattamento dati

Tutti i dati relativi al paziente e all'intervento generati nell'espletamento della presente convenzione (cioè i dati relativi al centro di trapianto, al paziente prima e dopo il trapianto, compresi quelli relativi a efficacia e a eventi/reazioni avverse a breve e a lungo termine), raccolti in maniera funzionale all'erogazione del servizio stesso e in risposta ad obblighi normativi (tracciabilità permanente e monitoraggio di reazioni e/o eventi avversi), s'intendono in compartecipazione tra la Fondazione e la Struttura Sanitaria firmataria della presente convenzione.

La Fondazione s'impegna a osservare le previsioni normative di cui al Dlgs 196/03 e s.m.i. per quanto riguarda il trattamento dei dati dei quali entra in possesso nell'esercizio e nell'espletamento della presente convenzione, in particolare dei dati sensibili reperiti dalla Struttura Sanitaria.

Articolo 8
Recesso

Le parti possono recedere dalla presente convenzione con un preavviso di 60 gg. dandone comunicazione scritta mediante raccomandata A.R.

Articolo 9
Foro competente

Le parti tenteranno di risolvere, in forma amichevole, qualsiasi controversia dovesse insorgere in ragione e a proposito della presente convenzione entro un termine massimo di trenta giorni.

In caso di esito negativo della risoluzione amichevole di cui al punto precedente, per qualsiasi controversia che dovesse insorgere in merito all'interpretazione, all'esecuzione o alla risoluzione della presente convenzione, il Foro competente è quello di Venezia.

Articolo 10 Codice Etico

L'AOU di Sassari, tramite l'U.O. di Oculistica, con la sottoscrizione della presente convenzione, dichiara di accettare il Codice Etico di Fondazione (Allegato 2 – A2.001) e s'impegna a rispettare i principi in esso contenuti e a riportare fatti o circostanze che costituiscono una violazione dei suddetti.

La Fondazione si riserva il diritto di recedere dalla presente convenzione nel caso di provata violazione del Codice Etico da parte della Struttura Sanitaria.

Articolo 11 Registrazione

Per quanto non previsto espressamente nella presente convenzione, s'intende richiamata la vigente normativa in materia.

La presente Convenzione, redatta in duplice originale su cinque pagine e n. 5 allegati (Allegato n. 1 "Rimborsi per fornitura di tessuti e servizi", Allegato n. 2 "Codice Etico"; Allegato n. 3 "Scheda Richiesta Cornea/Lenticolo"; Allegato n. 4 "Scheda Richiesta Sclera/Membrana Amniotica"; Allegato n. 5 "Richiesta Tessuti per scopo non terapeutico") che costituiscono parte e integrante e sostanziale del presente atto, verrà registrata solo in caso d'uso a cura e spese della parte interessata in base all'art. 5 del D.P.R. 26.4.1986, n.131 e successive modifiche ed integrazioni.

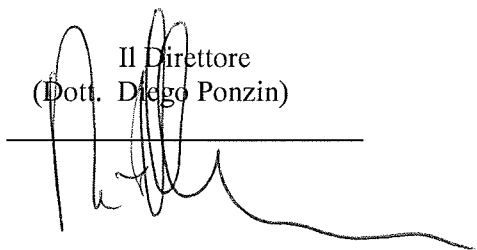
Letto, Approvato e sottoscritto

Zelarino Venezia li, 4/4/ 2014

Sassari li, _____ 2014

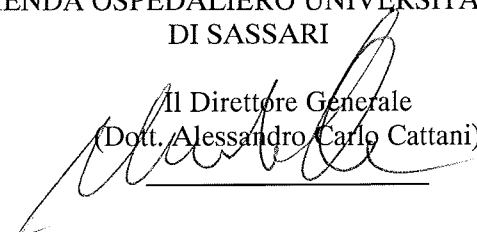
FFONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI
DEL VENETO- ONLUS

Il Direttore
(Dott. Diego Ponzin)



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
DI SASSARI

Il Direttore Generale
(Dott. Alessandro Carlo Cattani)



RIMBORSI PER FORNITURA DI TESSUTI E SERVIZI

CSTL	A1.002
Pagina	1 di 1
Operativa da	01/01/2013

Valori espressi in €

BANCA DEGLI OCCHI

PK	Cornea per Cheratoplastica Perforante	1.320,00
TIP	Cornea tipizzata per cheratoplastica perforante	2.870,00
PKT	Cornea per Cheratoplastica Perforante Tettonica	900,00
KLA	Cornea per allotrapianto cheratolimbare	1.270,00
EK	Cornea per endoheratoplastica	1.270,00
EKpL	Cornea pre-tagliata (lenticolo) per endoheratoplastica	2.070,00
DMEK	Cornea preparata per cheratoplastica endoteliale descemetica	2.070,00
ALK	Cornea per cheratoplastica lamellare anteriore	900,00
ALKL	Lenticolo per cheratoplastica lamellare anteriore	1.100,00
SC	Sclera	350,00
HAM	Porzione di Membrana amniotica per chirurgia oculare 3x3 cm.	650,00
HAM6	Porzione di Membrana amniotica per chirurgia oculare 6x6 cm.	1.100,00
CIT	Valutazione citologica della superficie corneale	265,00
IST	Valutazione istologica	265,00
MIC	Valutazione microbiologica	265,00
EM	Valutazione ultrastrutturale con microscopio elettronico	1.060,00
	Ricerca anticorpi anti HLA	280,00
	Costi follow-up (allocazione di un tessuto su più pazienti)	320,00
	Costi aggiuntivi per fornitura tessuti di sicurezza	160,00
	Costi aggiuntivi per fornitura di tessuti in urgenza	160,00

BIOBANCA

Tessuti per ricerca, formazione ed esercitazione

Cornee	160,00
Bulbo oculare	300,00
Sclera per attività di ricerca e/o esercitazione	300,00
Retina, Coroide, Nervo ottico e altri tessuti oculari	300,00
Cornea pre-tagliata (lenticolo) per endoheratoplastica	1.000,00
Lenticolo per cheratoplastica lamellare anteriore	1.000,00
Porzione Membrana amniotica per chirurgia oculare	650,00





CTSL	A2.001
Pagina	1 di 2
Operativa da	16/05/11

FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI

DEL VENETO - ONLUS

ALLEGATO 2

CODICE ETICO

Premessa

Il presente Codice Etico è stato elaborato per assicurare che i valori etici di Fondazione siano chiaramente espressi e costituiscano l'elemento fondante della cultura dell'organizzazione, nonché lo *standard* di comportamento per i dipendenti e collaboratori nella realizzazione della missione e nella conduzione delle attività.

La missione di Fondazione Banca degli Occhi del Veneto Onlus è:

- far sì che la donazione di cornee sia una scelta libera, consapevole e in grado di dare conforto;
- migliorare la qualità della vita di chi è affetto da malattie oculari, operando a favore del recupero della vista e assistendo chi teme di perderla.

A tal fine, ha un ruolo centrale anche la promozione e lo sviluppo di progetti di ricerca di base e applicata, con lo scopo di trovare nuove soluzioni e/o strategie terapeutiche per la cura delle malattie oculari.

Fondazione è consapevole che la crescita umana e professionale di tutti gli operatori coinvolti nella donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule è funzionale al perseguimento della propria missione. Il Codice Etico, pertanto esprime la relazione imprescindibile fra valori (individuali, collettivi) e comportamenti coerenti con la missione stessa.

Il Codice Etico declina l'impegno di Fondazione (persone e organizzazione) nei confronti dei "portatori d'interesse" (dipendenti, utenti, pazienti, collaboratori, amministratori, *partner*, fornitori, Pubblica Amministrazione, istituzioni di riferimento, famigliari dei donatori, popolazione).

Fondazione attua iniziative di promozione e adozione del Codice Etico al suo interno e nei confronti di *partner* e fornitori.

Poiché il Codice Etico richiama principi di comportamento idonei anche a prevenire i comportamenti illeciti di cui al D.Lgs. n. 231/2001, esso costituisce un elemento rilevante ai fini del Modello Organizzativo, di Gestione e Controllo.

All'osservanza del Codice Etico sono tenuti i dipendenti, i collaboratori, gli amministratori, che sono tenuti a segnalare all'Organismo di Vigilanza eventuali infrazioni al Codice Etico e alle disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 231/2001.

I valori fondanti

I valori alla base dell'operato di Fondazione sono:

Dono: condivisione del valore sociale della donazione di organi, tessuti e cellule.

Cura: visione dell'uomo nella sua interezza, secondo la quale "la salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non meramente l'assenza di malattia o infermità" (OMS, 1978).

Cooperazione: sviluppo e mantenimento di buone relazioni umane e sociali all'interno e all'esterno dell'organizzazione, valorizzando la partecipazione degli *stakeholder*, condividendo idee e problemi, per incontrare i bisogni della collettività da servire.

Qualità: tensione nei confronti del costante miglioramento della sicurezza e qualità dei tessuti e dei servizi, attraverso il perfezionamento di tutte le attività.

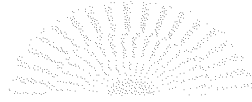
Innovazione: studio di nuove soluzioni tecniche, organizzative e terapeutiche per il miglioramento delle attività di donazione, trapianto, diagnosi, cura e ricerca.

Servizio: atteggiamento di rispetto e ascolto nei confronti dei bisogni della collettività.

FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI DEL VENETO ONLUS
CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER GLI INNESTI CORNEALI E DI RICERCA SULLE CELLULE STAMINALI EPITELIALI
MEDAGLIA D'ORO AL MERITO DELLA SANITÀ PUBBLICA

Padiglione Rama, Via Paccagnella 11 - 50174 Zelarino Venezia
Tel. +39 041.9656400 - Fax +39 041.9656401 - e-mail: info@fbov.it - www.fbov.org

Iscrizione nel Registro Regionale delle Persone Giuridiche al n° 83 (VI/299) - C.F. 02520670272 - P.I. 03068370273



CTSL	A2.001
Pagina	2 di 2
Operativa da	16/05/11

FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI DEL VENETO - ONLUS

Onestà: correttezza, completezza e trasparenza dell'informazione, correttezza nella gestione, responsabilità verso la collettività e le istituzioni di riferimento.

Rispetto per l'ambiente: perseguire e favorire il risparmio energetico, il riciclo, il corretto smaltimento dei rifiuti e la limitazione degli sprechi.

Tutela della salute e della sicurezza del personale.

Il Codice Etico

Fondazione Banca degli Occhi del Veneto Onlus:

- opera secondo un principio di *buona fede* in tutti gli aspetti correlati alla donazione, al *procurement* di tessuti e cellule oculari, all'attività di diagnosi, cura e ricerca;
- agisce in osservanza di norme, leggi e regole deontologiche;
- rispetta la volontà e i diritti dei donatori e dei riceventi, compreso il diritto alla *privacy* e la confidenzialità dei dati. Assicura la riservatezza delle informazioni conosciute nell'esecuzione delle operazioni. Tratta i dati esclusivamente nell'ambito e per i fini delle proprie attività e non divulga (comunica, diffonde o pubblica in alcun modo) informazioni sensibili senza l'esplicito consenso degli interessati;
- agisce in modo socialmente responsabile;
- comunica con il pubblico in modo trasparente, accurato e veritiero, rispettando chiarezza, completezza e pertinenza delle informazioni;
- non si esprime a favore, o contro, o per conto, di una banca degli occhi diversa da se stessa, o delle istituzioni di riferimento;
- applica criteri e una gestione *non-profit* a tutte le attività correlate a donazione, trapianto, diagnosi, cura e ricerca, rifiutando qualunque forma di promessa o offerta di pagamenti o beni per promuovere o favorire interessi o vantaggi. Parimenti, non offre denaro o doni a dirigenti, funzionari o dipendenti della Pubblica Amministrazione e delle istituzioni di riferimento, o a loro parenti, salvo che si tratti di doni di valore modesto e/o simbolico;
- conduce le proprie attività in modo fiscalmente corretto e responsabile, in accordo con pratiche economiche e finanziarie condivise. Promuove la trasparenza, affidabilità ed integrità delle scritture contabili. Ogni operazione viene correttamente registrata, autorizzata e verificata;
- non agisce in modo discriminatorio. Rispetta i diritti fondamentali delle persone tutelandone l'integrità morale e garantendo eguali opportunità. Nelle relazioni interne ed esterne, comprese le attività di selezione e reclutamento del personale, non attua comportamenti che abbiano un contenuto discriminatorio basato su opinioni politiche e sindacali, religione, origini razziali o etniche, nazionalità, età, sesso, orientamento sessuale, stato di salute e in genere qualsiasi caratteristica intima della persona. I rapporti di lavoro sono formalizzati con regolare contratto, rifiutando il lavoro irregolare;
- favorisce condizioni di lavoro che tutelino l'integrità psico-fisica delle persone, mettendo a disposizione luoghi di lavoro conformi alle vigenti normative in materia di salute e sicurezza. Il dipendente rispetta tutte le leggi, gli *standard* e le procedure operative in materia di sicurezza e protezione ambientale;
- rimane estranea a partiti politici e organizzazioni sindacali, non sovvenziona in alcun modo tali forme organizzative o associative e non sostiene eventi, manifestazioni, congressi con finalità di propaganda politica o sindacale;
- promuove la crescita professionale dei collaboratori mediante opportuni strumenti didattici e piani formativi;
- persegue il raggiungimento e il mantenimento della qualità in tutte le sue attività;
- attua o partecipa a progetti di innovazione e sviluppo volti a migliorare le attività di donazione, trapianto, diagnosi, cura e ricerca;
- condanna il traffico illecito di organi, tessuti e cellule umane impegnandosi a trattare esclusivamente tessuti e cellule la cui tracciabilità sia documentata e legale.

FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI DEL VENETO ONLUS
CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER GLI INNESTI CORNEALI E DI RICERCA SULLE CELLULE STAMINALI EPITELIALI

MEDAGLIA D'ORO AL MERITO DELLA SANITÀ PUBBLICA

Padiglione Rama, Via Paccagnella 11 - 50174 Zelarino Venezia
Tel. +39 041.9656400 - Fax +39 041.9656401 - e-mail: info@fbov.it - www.fbov.org

Iscrizione nel Registro Regionale delle Persone Giuridiche al n° 83 (VI/299) - C.F. 02520670272 - P.I. 03068370273

Fondazione Banca degli Occhi del Veneto ONLUS - Padiglione Rama Via Paccagnella, 11 - 30174 Venezia Zelarino Tel. 041 9656400 - Reperibilità 348 3111141 e-mail: direzionemedica@fbov.it	SCHEDA RICHIESTA CORNEA / LENTICOLO	Modulo Revisione Pagina Operativa da	SRCL 08 1 di 2 01/01/13
	Data intervento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

Centro Tel.
 Via Città CAP Prov.

A. Tipo di tessuto richiesto

<input type="checkbox"/> Cornea per Cheratoplastica Perforante (PK)	<input type="checkbox"/> Cornea per Endocheratoplastica (EK)	<input type="checkbox"/> Cornea tipizzata (TIP)
<input type="checkbox"/> Cornea per Cheratoplastica Perforante Tettonica (PKT)	<input type="checkbox"/> Cornea pre-tagliata (lenticolo) per Endocheratoplastica (EKpL)	<input type="checkbox"/> Cornea per Cheratoplastica Lamellare Anteriore (ALK)
<input type="checkbox"/> Cornea preparata per Cheratoplastica Endoteliale Descemetica (DMEK)	<input type="checkbox"/> Cornea per Allotraspianto Cheratolimbare (KLA)	
<input type="checkbox"/> Lenticolo per Cheratoplastica Lamellare Anteriore (LK) Ø (mm): † (µm): ...		<input type="checkbox"/> manuale → <input type="checkbox"/> microcheratomo

B. Informazioni relative al ricevente

..... Cognome e Nome	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Data di nascita	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Sesso	<input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OS Occhio da operare
..... N° di tessera sanitaria o C.F. o altro		OD <input type="text"/>	OS <input type="text"/> N° di trapianti precedenti

C. Patologia che richiede l'intervento

<input type="checkbox"/> Cheratocono:	<input type="checkbox"/> Esiti chirurgia:	(precisare il tipo di chirurgia)
<input type="checkbox"/> Distrofia endoteliale:	<input type="checkbox"/> Distrofia stromale:	
<input type="checkbox"/> Trauma:	<input type="checkbox"/> Cheratopatia bollosa:	(precisare la causa)
(precisare se fisico o chimico)		
<input type="checkbox"/> Scompenso precoce:	<input type="checkbox"/> Scompenso tardivo:	(precisare la causa e indicare il codice della cornea*)
(indicare il codice della cornea*)		
<input type="checkbox"/> Leucoma:	<input type="checkbox"/> Scompenso endoteliale:	(precisare la causa)
(precisare la causa)		
<input type="checkbox"/> Cheratite:	<input type="checkbox"/> Edema corneale:	(precisare la causa)
(precisare tipo e agente infettante)		
<input type="checkbox"/> Ulcera:	<input type="checkbox"/> Altro:	(precisare la causa)
(precisare)		

*se fornita da Fondazione Banca degli Occhi del Veneto

D. Tipizzazione HLA relativa al ricevente (completare solo per richiesta di cornea tipizzata)

Gruppo sanguigno ABO Rh <input type="text"/>	Numero di gravidanze <input type="text"/>
Il ricevente ha ricevuto trasfusioni? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Se SI, specificare n.ro e tipo:
Inviare via fax i referti per la ricerca di: <ul style="list-style-type: none"> - Antigeni HLA Classe I, loci A, B e Cw - Antigeni HLA Classe II, locus DR (loci DP e DQ facoltativo) - Anticorpi Anti-HLA (se positivo precisare la caratterizzazione degli anticorpi e la % PRA) 	

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Data della richiesta Cognome e nome del chirurgo utilizzatore Firma
---	---	----------------

E. Riservato a Fondazione

Richiesta n.ro:	Abbinata al tessuto n°: Ricevente: Evasa il: Rif. Interno: Data: Operatore:	Tessuto restituito: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Costi aggiuntivi per invio tessuto di sicurezza: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Note:
-----------------------	---	--

Comunicazioni per il chirurgo ed istruzioni per la compilazione della SCHEDA

- Utilizzare questa SCHEDA per ogni singolo tessuto richiesto.
- **Concordare telefonicamente** la data dell'intervento con almeno 15 giorni di anticipo al numero 041 9656400.
- Inviare **tramite fax 041 9656421** la Scheda compilata con almeno 7 giorni di anticipo rispetto alla data dell'intervento.
- Il paziente in attesa di trapianto di **cornea tipizzata** potrà essere inserito in lista d'attesa per il matching solo in presenza delle **informazioni richieste nella sezione D**. Il chirurgo sarà contattato non appena disponibile la cornea tipizzata.
- Se l'intervento non viene effettuato nella data programmata o in caso di utilizzo del tessuto per un paziente diverso da quello indicato, contattare tempestivamente Fondazione.
- Comunicare tempestivamente a Fondazione qualsiasi evento avverso correlato al tessuto.
- Nella sezione B. **Indicare sempre il numero di tessera sanitaria** (in alternativa indicare nell'ordine: codice fiscale, patente, codice di ricovero o di cartella clinica, numero del permesso di soggiorno, passaporto, carta di identità).
- Compilare la sezione D solo in caso di **richiesta di cornea da donatore tipizzato** e inviare via fax gli esiti della ricerca degli anticorpi e la tipizzazione HLA (classe I e II).
- Per informazioni o comunicazioni telefonare dal lunedì al venerdì, preferibilmente dalle 9:00 alle 14:00.
- Servizio **DIAGNOSI E CONSULENZA**:
Telefonare al numero **041 9656400** per qualsiasi informazione relativa a:
 - DIAGNOSI E CONSULENZE SU PATOLOGIE OCULARI,
 - QUALITÀ DEI TESSUTI OCULARI,
 - VALUTAZIONE MICROBIOLOGICA O ISTOLOGICA DEI TESSUTI OCULARI.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

(D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali")

Il Medico che utilizza i servizi di FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI DEL VENETO ONLUS, prende atto che:

1. i dati dei pazienti ivi compresi eventuali dati personali inerenti lo stato di salute, riservatamente a cura di FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI DEL VENETO ONLUS saranno custoditi e trattati con l'ausilio di mezzi elettronici e/o automatizzati e/o con mezzi manuali, per le finalità riguardanti il servizio richiesto e, dopo aver reso anonimi i dati stessi, per finalità statistiche e/o di ricerca scientifica;
2. il D.Lgs. 196/03 intende come "trattamento" dei dati le operazioni di raccolta, elaborazione, utilizzo, distruzione, registrazione, modificazione, interconnessione, selezione, estrazione, blocco, organizzazione, conservazione, raffronto, cancellazione, comunicazione e diffusione;
3. il conferimento di tali dati è necessario per:
 - espletare i servizi richiesti;
 - rintracciare in modo inequivocabile e permanente il ricevente di un tessuto rispetto al donatore;
 - gestire amministrativamente il rapporto con il Centro di Trapianto e/o con il Medico.
4. un eventuale rifiuto di fornire i dati determina l'impossibilità dell'erogazione del servizio;
5. hanno accesso ai dati:
 - il personale di FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI DEL VENETO ONLUS: il quale è tenuto al segreto ai sensi degli art. 2105 Codice Civile e 621, 622, 623 Codice Penale;
 - il personale esterno e il personale addetto alla manutenzione delle banche dati e della rete, appositamente incaricato da FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI DEL VENETO ONLUS, ai sensi art. 30 del D.Lgs. 196/03, ad eseguire operazioni di trattamento, il quale è tenuto al segreto da apposita clausola contrattuale;
6. i dati, in forma anonima, potranno essere comunicati a terzi per finalità statistiche e/o di ricerca scientifica;
7. il Titolare del trattamento dei dati è FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI DEL VENETO ONLUS;
8. il Responsabile del trattamento è il Legale Rappresentante di FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI DEL VENETO ONLUS;
9. il paziente deve essere informato dell'esistenza del trattamento dei dati da parte di FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI DEL VENETO ONLUS.



Fondazione Banca degli Occhi del Veneto ONLUS - Padiglione Rama Via Paccagnella, 11 - 30174 Venezia Zelarino Tel. 041 9656400 – Reperibilità 348 3111141 e-mail: direzionemedica@fbov.it	SCHEDA RICHIESTA SCLERA / MEMBRANA AMNIOTICA Data intervento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Modulo Revisione Pagina Operativa da	SRSM 08 1 di 2 01/01/13
--	--	---	----------------------------------

Centro Tel.
 Via Città CAP Prov.

A. Tipo di tessuto richiesto

<input type="checkbox"/> SCLERA	<input type="checkbox"/> MEMBRANA AMNIOTICA (HAM) <input type="checkbox"/> 3 x 3 cm <input type="checkbox"/> 6 x 6 cm
---------------------------------	--

B. Informazioni relative al ricevente

..... Cognome e Nome	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Sesso	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Data di nascita
..... N° di tessera sanitaria o C.F. o altro	<input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OS Occhio da operare	

C. Patologia che richiede l'intervento - Sclera

<input type="checkbox"/> Degenerazione sclerale	<input type="checkbox"/> Distacco di retina	<input type="checkbox"/> Glaucoma
<input type="checkbox"/> Neoplasia	<input type="checkbox"/> Altro	

D. Patologia che richiede l'intervento – HAM

<input type="checkbox"/> Cheratiti / Endoftalmi	<input type="checkbox"/> Cheratopatia bollosa	<input type="checkbox"/> Deficit limbare
<input type="checkbox"/> Degenerazione corneale	<input type="checkbox"/> Distrofie	<input type="checkbox"/> Erosioni epiteliali recidivanti
<input type="checkbox"/> Esiti di chirurgia	<input type="checkbox"/> Neoplasia della superficie oculare	<input type="checkbox"/> Penfigoide oculare cicatriziale
<input type="checkbox"/> Pterigio	<input type="checkbox"/> Ricostruzione cavità anoftalmica	<input type="checkbox"/> Ricostruzione congiuntiva e fornici
<input type="checkbox"/> Ricostruzione palpebrale	<input type="checkbox"/> Sindrome Stevens-Johnson e Lyell	<input type="checkbox"/> Sindrome disfunzionale lacrimale
<input type="checkbox"/> Trauma chimico	<input type="checkbox"/> Trauma fisico	<input type="checkbox"/> Trauma meccanico
<input type="checkbox"/> Ulcere corneali	<input type="checkbox"/> Altro	

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Data della richiesta Cognome e nome del chirurgo utilizzatore Firma
---	---	----------------

E. Riservato a Fondazione

Richiesta n.ro:	Abbinata al tessuto n°: Ricevente: Evasa il: Rif. Interno: Data: Operatore:	Tessuto restituito: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Costi aggiuntivi per invio tessuto di sicurezza: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Note:
-----------------------	---	--

Comunicazioni per il chirurgo ed istruzioni per la compilazione della SCHEDA

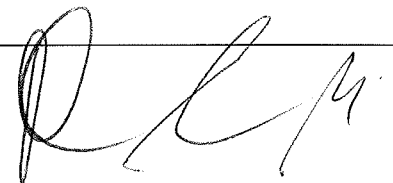
- Utilizzare questa SCHEDA per la richiesta di sclere, porzioni di membrana amniotica (HAM) e membrana amniotica liofilizzata (AMX).
- **Concordare telefonicamente** la data dell'intervento con almeno 15 giorni di anticipo al numero 041 9656400.
- Inviare **tramite fax 041 9656421** la SCHEDA compilata con almeno 7 giorni di anticipo rispetto alla data dell'intervento.
- Se l'intervento non viene effettuato nella data programmata o in caso di utilizzo del tessuto per un paziente diverso da quello indicato, contattare tempestivamente la Fondazione.
- Comunicare tempestivamente a Fondazione qualsiasi evento avverso correlato al tessuto.
- Nella sezione B. **Indicare sempre il numero di tessera sanitaria** (in alternativa indicare nell'ordine: codice fiscale, patente, codice di ricovero o di cartella clinica, numero del permesso di soggiorno, passaporto, carta di identità).
- Per informazioni o comunicazioni telefonare dal lunedì al venerdì, preferibilmente dalle 9:00 alle 14:00.
- Servizio **DIAGNOSI E CONSULENZA:**
Telefonare al numero **041 9656400** per qualsiasi informazione relativa a:
 - DIAGNOSI E CONSULENZE SU PATOLOGIE OCULARI,
 - QUALITÀ DEI TESSUTI OCULARI,
 - VALUTAZIONE MICROBIOLOGICA O ISTOLOGICA DEI TESSUTI OCULARI.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

(D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali")

Il Medico che utilizza i servizi di FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI DEL VENETO ONLUS, prende atto che:

1. i dati dei pazienti ivi compresi eventuali dati personali inerenti lo stato di salute, riservatamente a cura di FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI DEL VENETO ONLUS saranno custoditi e trattati con l'ausilio di mezzi elettronici e/o automatizzati e/o con mezzi manuali, per le finalità riguardanti il servizio richiesto e, dopo aver reso anonimi i dati stessi, per finalità statistiche e/o di ricerca scientifica;
2. il D.Lgs. 196/03 intende come "trattamento" dei dati le operazioni di raccolta, elaborazione, utilizzo, distruzione, registrazione, modificazione, interconnessione, selezione, estrazione, blocco, organizzazione, conservazione, raffronto, cancellazione, comunicazione e diffusione;
3. il conferimento di tali dati è necessario per:
 - espletare i servizi richiesti;
 - rintracciare in modo inequivocabile e permanente il ricevente di un tessuto rispetto al donatore;
 - gestire amministrativamente il rapporto con il Centro di Trapianto e/o con il Medico.
4. un eventuale rifiuto di fornire i dati determina l'impossibilità dell'erogazione del servizio;
5. hanno accesso ai dati:
 - il personale di FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI DEL VENETO ONLUS: il quale è tenuto al segreto ai sensi degli art. 2105 Codice Civile e 621, 622, 623 Codice Penale;
 - il personale esterno e il personale addetto alla manutenzione delle banche dati e della rete, appositamente incaricato da FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI DEL VENETO ONLUS, ai sensi art. 30 del D.Lgs. 196/03, ad eseguire operazioni di trattamento, il quale è tenuto al segreto da apposita clausola contrattuale;
6. i dati, in forma anonima, potranno essere comunicati a terzi per finalità statistiche e/o di ricerca scientifica;
7. il Titolare del trattamento dei dati è FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI DEL VENETO ONLUS;
8. il Responsabile del trattamento è il Legale Rappresentante di FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI DEL VENETO ONLUS;
9. il paziente deve essere informato dell'esistenza del trattamento dei dati da parte di FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI DEL VENETO ONLUS.



Fondazione Banca degli Occhi del Veneto ONLUS - Padiglione Rama Via Paccagnella, 11 - 30174 Venezia Zelarino Tel. 041 9656400 – Reperibilità 348 3111141 e-mail: direzionemedica@fbov.it	RICHIESTA TESSUTI PER SCOPO NON TERAPEUTICO		Modulo	SRTNC
			Revisione	02
			Pagina	1 di 1
	Data utilizzo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Operativa da	01/01/10

Reparto / Centro

Via n° Città

CAP Provincia Tel.

A. Tipo e quantità

<input type="checkbox"/> Cornea	N.ro: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bulbo oculare	N.ro: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sclera	N.ro: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Altro tessuto (specificare tipo e numero) / Note:.....	

B. Descrizione dello scopo e modalità di utilizzo

C. Avvertenze e obblighi

- Fondazione Banca degli Occhi del Veneto ONLUS (FBOV) ha ricevuto il consenso dai famigliari legalmente legittimati affinché, nel caso il trapianto non sia possibile, i tessuti prelevati possano essere utilizzati per studi volti a migliorare la conoscenza e le possibilità di cura delle patologie oculari.
- I tessuti utilizzati a scopo NON TERAPEUTICO:
 - NON DEVONO ESSERE UTILIZZATI SU PAZIENTI.
 - Pur essendo selezionati dal punto di vista sierologico, DEVONO essere trattati come MATERIALE BIOLOGICO POTENZIALMENTE PERICOLOSO, manipolati conformemente a quanto previsto dal D.Lgs. 81/08, e smaltiti in ottemperanza al D.Lgs. 152/06.
- Il richiedente SI IMPEGNA AD UTILIZZARE I TESSUTI IN CONFORMITÀ A QUANTO DESCRITTO NELLA SEZIONE B e ad OTTEMPERARE AGLI OBBLIGHI DI RINTRACCIABILITÀ DEI TESSUTI restituendo, debitamente compilata, una Scheda Utilizzo relativa a CIASCUN TESSUTO INVIATO.
- Concordare la richiesta dei tessuti al telefono (041 9656400, da lunedì a venerdì preferibilmente tra le 10 e le 12) e inviare la richiesta tramite fax (041 9656421).
- I dati relativi all'utilizzo dei tessuti si intendono in comproprietà tra FBOV e il firmatario della richiesta.
- Il richiedente si impegna a menzionare FBOV tra gli autori in eventuali pubblicazioni.

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Data della richiesta	Cognome e nome del richiedente	qualifica	Firma

D. Riservato a Fondazione

Richiesta n.ro:	Abbinato al tessuto n°	Note:
	Evasa il:	
	Rif. Interno:	
	Data: Operatore:.....	