

Scheda di Adesione della Farmacia al programma di screening per la prevenzione del tumore del colon retto

Il sottoscritto dott. Titolare della
Farmacia.....
presso il Distretto di.....

- Visto il programma di screening per la prevenzione del tumore del colon retto, organizzato dalla ASL Napoli 3 Sud;
- Considerato che, in accordo con le Organizzazioni Sindacali di categoria, la partecipazione delle Farmacie verrà retribuita secondo quanto previsto dal Protocollo siglato tra ASL NA3 SUD, FEDERFARMA, ASSOFARM;
- Tenuto presente che sarà garantita la formazione specifica sulle modalità organizzative, gestionali e tecniche dello screening, per gli operatori delle Farmacie aderenti al programma;
- Considerato che tutto il materiale necessario (opuscoli, modelli del consenso informato, Kit, buste per totem) sarà fornito dalla ASL, da ritirare presso i Distretti di competenza;

Si impegna a:

Non si impegna a:

- Invitare attivamente gli assistiti, tra i 50 e i 74 anni residenti nella ASL Napoli 3 Sud, alla partecipazione allo screening del colon retto
- Informare l'assistito sugli scopi, le modalità e la gestione del programma
- Far compilare all'utente il questionario per l'individuazione di ulteriori soggetti a rischio aumentato
- Far compilare il modulo di consenso informato per il trattamento dei dati e per l'esecuzione del test per la ricerca del sangue occulto nelle feci
- Arruolare l'assistito via web
- Consegnare il Kit, attaccando l'etichetta sul consenso informato completo di nome, cognome, data di nascita, n. telefonico e contestualmente spiegare all'utente la corretta esecuzione del test e l'idonea conservazione del campione
- Posizionare il totem presso la propria farmacia
- Garantire e verificare il ritiro giornaliero delle provette da parte dei corrieri dei grossisti farmaceutici coinvolti nello screening
- Consegnare ai distretti mensilmente i moduli di consenso informato
- Ritirare presso il distretto il materiale di consumo.

Si impegna UNICAMENTE E GRAUITAMENTE a:

- Posizionare il totem presso la propria farmacia
- Garantire e verificare il ritiro giornaliero delle provette da parte dei corrieri dei grossisti farmaceutici coinvolti nello screening.

Data _____

Timbro e Firma _____