Chirurghi che eseguono operazioni sulle emorroidi sintomatiche raccolgono informazioni sulla natura dell'operazione e sui risultati dell'intervento.

Le informazioni vengono inserite nel Registro Anolift, che è archiviato su un server protetto situato nel Regno Unito. Il Registro deve raccogliere la Sua data di nascita per consentire l'invio di informazioni di follow-up in un secondo momento e per consentire agli operatori sanitari di misurare e valutare i risultati chirurgici a lungo termine.

Le Sue informazioni saranno archiviate in un ambiente sicuro e saranno rese disponibili solo a personale adeguato. Il Registro è conforme alle rigide regole di riservatezza definite dal Data Protection Act 2018 del Regno Unito e anche dal Regolamento generale sulla protezione dei dati del Regno Unito e dell'UE (2018).

I dati possono essere condivisi per finalità di ricerca, ma solo dopo che i dati sono stati resi anonimi (le persone non possono essere identificate).

Ci occorre la Sua autorizzazione per conservare le informazioni (inclusa la data di nascita e la data dell'operazione) che possono identificarLa. Le recenti normative stabiliscono che, per includere i Suoi dati, è necessaria la Sua autorizzazione scritta.

Ci auguriamo che Lei accetti che i Suoi dati medici vengano inclusi in questo Registro – Le chiediamo di spuntare le caselle che trova di seguito per mostrare il Suo consenso o dissenso alla raccolta delle Sue informazioni personali e di firmare questo modulo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ho compreso:**

**La dichiarazione di cui sopra e confermo che ho avuto la possibilità di porre domande e di aver ricevuto risposte soddisfacenti.**

**Che la mia partecipazione è volontaria e che sono libero di recedere in qualsiasi momento, senza fornire alcuna motivazione e senza che le mie cure mediche o i miei diritti siano pregiudicati**

**Acconsento che il mio specialista inserisca nel Registro Anolift informazioni che possono identificarmi ai fini del monitoraggio e del miglioramento dell'assistenza ai pazienti. Sì [ ] No [ ]**

**Acconsento a fornire il mio indirizzo mail al fine di ricevere mail che mi richiederanno di fornire informazioni su come sta funzionando il mio trattamento Sì [ ] No [ ]**

**Il mio indirizzo di posta elettronica è ………………………………………………………………………..**

Firma del Paziente ....................................................... Data.................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Da completare a cura della Persona che assume il consenso: Confermo di aver discusso la raccolta di informazioni personali e la loro conservazione nel Registro Anolift

Firma del medico ………………………………………………………. Data…………………