

Cognome (姓氏): ..... Nome(名字): .....

Luogo di nascita (出生地点): ..... Data di nascita(出生日期): .....

Residente a (居住地点): ..... Via(路): .....

CAP (邮政编码): ..... Telefono(电话号码): .....

Cellulare(手机号码): ..... Email(电子邮件): .....

Codici esenzione ticket (豁免挂号代号): .....

**DATI RELATIVI AL CENTRO DI APPARTENENZA (成员中心数据)**

In dialisi da (开始透析日期): ..... Preso il Centro di (中心名称): .....

Tel del Centro (中心电话): ..... Fax del Centro: .....

Email (电子邮件): .....

Medico di riferimento (相关医生名称): .....

email del medico (医生电子邮件): .....

Periodo richiesto (要求阶段): dal(从) ..... al(截至) .....

Turno richiesto(轮班要求): dispari (单号)  pari (双号)

Mattino (上午)  Pomeriggio (下午)

Recapito durante le vacanze (度假期间联系方式): .....

Tel(电话): .....

Persona di riferimento durante le vacanze (度假期间联系人): .....

Idoneo al trattamento in CAD (和在 CAD 的治疗相同)? SI(相同)  NO(不同)

Firma e timbro del Medico (医护人员签名盖章):

---

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO  
SOSTITUTIVO EMODIALITICO  
PRESSO UN CENTRO AD ASSISTENZA DECENTRATA  
(申明同意接受在中心以外的  
医疗助理中心接受  
血液透析替代性疗法)

Io sottoscritto/a (本人为以下签名人)

Dichiaro di essere stato/a informato/a da.....

In modo comprensibile ed accetto di eseguire le sedute dialitiche presso il Centro Dialisi ad Assistenza Decentrata di

.....

Confermo di avere avuto risposte complete a tutte le mie domande.

声明在可以理解的情况下,我已经被.....告知并同意接受在.....

透析中心的医疗助理中心执行透析治疗。

我确认我所提出的所有问题都得到了全面的答复。

Data (日期): .....

Firma del paziente, genitore o legale rappresentante (病人、父母或法律代表签名)

.....

Timbro e firma del medico (医生签名并盖章):

---

## SCHEDA DIALITICA / (透析表格)

Il/La Sig./ra..... nato/a a..... il .....  
(.....先生/女士于.....出生在.....)  
affetto/a da Insufficienza Renale Cronica secondaria a.....  
effettua trattamento emodialitico periodico dal....., presso il nostro Centro dal..... con frequenza .....  
settimanale, per complessive ore ..... settimanali.  
(患有慢性肾衰病,病因为....., 从..... 开始进行血液透析治疗, 在我们中心从.....开始进行, 每周进行..... 次, 合计每周综合进行..... 小时的治疗。)

Tipo di trattamento (治疗类型): ..... TURNO DIALISI(透析轮班): .....

Composizione del liquido di dialisi(透析液的组成):

HCO<sub>3</sub> (碳酸氢离子)..... moi/L    Na<sup>+</sup> (钠) ..... mmol/L    K<sup>+</sup> (钾) ..... mEq/L    Ca<sup>++</sup> (钙) ..... mmol/L

Flusso ematico (血流量):..... ml/min

Flusso liquido di dialisi(透析液): ..... ml/min

Filtro(过滤): .....

Anticoagulazione(抗凝剂):  Nessuna (没有)

Eparina sodica (肝素钠)

- Continua (持续滴注): ..... UI/h

- intermittente:iniziale (间歇性滴注:开始) ..... UI

- dopo 2h (2 小时后): ..... UI

EBPM(EBPM 低分子量干素)

- iniziale (开始):..... mi

Accesso Vascolare 血管通路:

FAVI (动静脉瘘管)     dx(右)     sn(左)     doppio ago (双针)     monoago(单针) Ago.....G

FAVI protesica

(人工动静脉瘘管)     dx(右)     sn(左)     doppio ago (双针)     monoago(单针) Ago.....G

CVC(中心静脉置管)     giugulare(颈内静脉)     dx(右)     sn(左)     doppio lume(双腔导管)     monolume(单腔导管)

femorale(股静脉)     dx(右)     sn(左)     doppio lume(双腔导管)     monolume(单腔导管)

Peso Forma(理想体重):..... Kg(公斤)    Incremento mediointerdialitico(透析期间平均增加) ..... g(克)

PA pre-HD (血液透析前前白蛋白): .....    PA pre-HD (血液透析前前白蛋白): .....

Problemi clinici durante il trattamento emodialitico(在血液透析治疗中出现的临床问题): .....

Terapia farmacologica somministrata in dialisi(透析施用的药物治疗): .....

Terapia farmacologica domiciliare(家庭药理治疗): .....

Problemi clinici particolari(特殊临床问题): .....

Allergie e/o intolleranze (过敏和/或过耐症): .....

Ultimi esami ematochimici eseguiti il (最后一次进行的验血结果的日期为...).....

Emogruppo (血型):..... Rh(Rh 血型)..... G6PDH (葡萄糖 6 磷酸脱氢酶)..... HBsAg(乙型肝炎病毒表面抗原).....

HBsAb (乙肝病毒表面抗体) ..... HCVAb (丙肝抗体) ..... HIV1-2Ab (艾滋病抗体) .....

BUN (血尿素氮) ..... mg/dl    sCr (血清肌酐)..... mg/dl    K\* (钾) .....mEq/L    Na+ (钠).....mEq/L

Ca (钙) ..... mg/dl    P (磷)..... mg/dl    Hb (血红蛋白) .....g/dl    Hct (红细胞比积) ..... %    pH(酸碱度) .....

Hco<sub>3</sub> (碳酸氢离子) ..... mmol/L    EB (EB 病毒) ..... mmol/L

地点: Quartu Sant'Elena,.....

## DOCUMENTAZIONE RICHIESTA(要求文件)

1. **Certificato di stabilità clinica** durante la seduta di emodialisi.- 在血液透析治疗过程中**临床稳定性证明**。
2. **Scheda dialitica** comprensiva di tutti i parametri relativi al trattamento dialitico effettuato presso il centro di appartenenza, terapia assunta in dialisi e a domicilio. -**透析报告**包含在合作透析中心、所接受的透析治疗和在家庭接受的透析治疗的所有参数。
3. **Sintesi clinica** comprensiva della patologia renale di base e degli eventi salienti che hanno caratterizzato l'anamnesi patologica remota. -**临床小结** 包括有关肾病记录和在过去病史中发生的重要事件。
4. **Segnalazione di eventuali allergie e/o intolleranze** a farmaci o presidi dialitici (tipi di membrana, metodi di sterilizzazione, plastificanti, additivi, ecc.)- **过敏和/或不耐受报告** 对药物或透析设备的过敏和/或不耐受（透析膜类型、消毒方法、增塑剂、添加剂等）。
5. **Referto di valutazione cardiologica completa** con refertazione ECG ed ecocardiogramma effettuati in periodo non antecedente a 6 mesi dalla data di arrivo prevista. -**完整的心脏分析报告**: 不超过到达日期前 6 个月所进行的心电图和超声心动图。
6. **Referto di markers virali** HBV, HCV, HIV la cui valutazione occorre che venga effettuata in periodo non antecedente a 3 mesi dalla data di arrivo prevista. -乙型肝炎病毒 (HBV) -丙型肝炎病毒 (HCV) -艾滋病病毒 (HIV) **测试报告**: 测试数据不得超过到达日期前 3 个月。
7. **Adeguate correzione dell'anemia**: valore di Hb superiore a 10gr/dl con esame eseguito almeno 2 settimane prima dell'inizio del soggiorno. -**充足的贫血纠正**: 在开始住宿前 2 周进行的检验, 血红蛋白 (Hb) 值超出 10gr/dl。
8. **Certificato di accesso vascolare** che garantisca un flusso per una buona adeguatezza dialitica e non presenti segni di infezione in atto. -**血管通路证明**: 为良好的透析保证合适畅通的血管通路, 并没有出现任何的感染迹象。
9. **Rx Torace recente**.- 近期胸部 X 光检查。
10. **Fotocopia tessera sanitaria (o Tessera Europea se cittadini provenienti da uno degli Stati membri dell'Unione Europea con rispettivo codice di esenzione per insufficienza renale)**. -**健康保险卡复印件** (或者来自欧盟成员国的市民的欧洲健康保险卡, 拥有相应的肾衰竭豁免代号)。
11. **Fotocopia documento di identità**. -身份证明复印件。
12. **Impegnative** per la richiesta del numero dei trattamenti programmati con specificazione della metodica richiesta e del relativo codice di nomenclatore sanitario (023). -**授权文件**: 被授权接受计划的治疗的次数, 注明要求的方式以及相关医学名词代号 (023)。

Come si ottiene l'impegnativa? I cittadini non italiani potranno farsi rilasciare le impegnative in guardia turistica o appoggiarsi ad un medico di base, purché muniti di relativo codice di esenzione.

如何获得授权文件? 非意大利籍的公民可以从门诊时间外的假期医生处或一位家庭医生处获得, 只要你有相关的豁免代号。

Quanto si paga? (se sprovvisti di codice di esenzione) Il costo del ticket per 7 sedute + 1 stesura del piano dialitico è di € 46,15 . Per effettuare sedute aggiuntive bisogna pagare €46,15 (per ogni impegnativa che può contenere da 1 a 8 trattamenti emodialitici nel corso del mese)

需支付多少钱? (如果你没有豁免代号) 7 次治疗+起草透析计划的挂号费为 46,15 欧元。进行额外的治疗必须支付 46,15 欧元 (每次授权文件可以在当月包括 1 至 8 次的透析治疗)。

### AUTORIZZAZIONE AL CONSENSO DELLA PRIVACY

Il sottoscritto..... in qualità di diretto interessato ovvero  
.....del sig. /della sig.ra.....  
acquisite le informazioni dal titolare del trattamento (previa lettura dell'informativa), ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003,  
presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa

Firma Leggibile

个人隐私授权

下述签名人.....为当事人, 或是..... 先生/女士的.....从数据处理人处获得了  
相关信息 (读取了信息内容), 根据 196/2003 法律第 13 条款的规定, 同意为上面所概述的目的处理其个人数据。

可读签名

尊敬的女士/先生, 我们希望向您通知 2003 年 6 月 30 日制定的法令 196 号 (有关保护个人数据的法规) 针对个人数据和其他有关处理个人数据的法律条文。根据该法律, 这种数据处理将居于公平、合法和透明的原则进行, 将对您的隐私和您的权利作出保护。

根据法令 196/2003 第 13 条款, 我们向您提供下述信息:

1. 您所提供的个人数据和敏感数据将为数据处理者授权的有限人员所使用, 以便为您提供您所提出的健康服务的诊断和护理。
2. 您的个人信息 (基本信息、临床或其他敏感信息, 因此披露您的健康状况) 将在诊所的日常活动中为了达到下列目的而受到处理:
  - 法律、法规、区域指令或地区卫生当局和类似机构行政所要求的个人信息 (基本信息、地址或个人税号)。
  - 临床数据或其他个人敏感数据, 用于诊断、门诊或住院目的, 以照顾您的健康和保护您的个人安全。
3. 您的家庭成员的数据也可能受到处理, 用于特定疾病的兼容性测试或用于特殊的医疗治理 (如献血)。
4. 由于特定法律条款的规定要求, 数据将会转变成匿名数据, 用于统计目的和科学研究。
5. 诊所采用法令 196 号第 77 条款第 2 点和第 79 条款的规定的简化程序。
6. 数据处理将由专门指派的人员进行, 借助或不借助自动化设备、计算机或电子设备进行, 在任何情况下, 都将遵守法令 196/2003 的规定用最佳的方式确保数据的安全。
7. 数据的记录和保存可能用自动方式和打印形式进行, 在任何情况下会通过特定的工具和程序的支持, 以便把破坏或丢失、数据出意外事故、未经授权的访问、未经同意的数据处理、使用于与数据收集目的以外的用途的风险减少到最低限度。
8. 法律规定以外的数据不会强行要求提供的。而拒绝提供我们认为是基本的数据(身份数据、地址、个人税号、疾病历史)可能导致我们无法向您提供所要求的服务, 或可能使您无法使用某些服务和福利(如因为收入或疾病而获得减免费用的机会)。
9. 在事先同意的情况下(总是可以选择), 根据 2003 年 6 月 30 日制定的法令 196 号第 130 条款规定所获取的个人数据(敏感性质的数据除外)可以用于通过电子邮件、短信、图像信息、信件或通过操作人员的电话联络而进行的新服务促销、销售、市场营销以及市场调研之用。根据法令第 7 条款第 4 点的规定, 用户拥有全部或部分反对个人数据被使用于通过自动方式或传统方式联系的“直接营销”的权利。用户总是可以表示愿意通过传统渠道 (如果有的话) 接收前述目的的通信。
10. 您的数据可能会提供给下列单位:
  - ✓ 地方和地区卫生部门, 他们必须定期收到诊所的活动报告, 包括对所进行的活动所执行的控制和检查;
  - ✓ 根据法律要求向卫生当局提供;
  - ✓ 公共机构, 他们根据法律有权使用数据;
  - ✓ 外部单位, 他们可能提供医疗性质的服务和顾问;
  - ✓ 保险公司, 诊所和他们订立保险条款以覆盖风险;
  - ✓ 组织团体、基金或慈善机构、保险公司等, 根据现有的合同条款, 他们承担与所获得的成果的被动责任。
11. 有关您的身体健康状况的信息将由本诊所的医生或者由您的家庭医生直接通知您, 或交给由您书面明确授权的其他人。
12. 报告或医疗记录将封闭在信封内, 由本诊所特别指定的人员直接交付给您, 或者您书面明确授权指定的您的家庭成员或您的亲戚。
13. 数据处理的控制者为 KINETIKA SARDEGNA S.r.l. 有限公司。
14. 数据处理的负责人为临时首席执行官 Giliola Avisani 医生。
15. 根据 96/2003 法令第 7 条款的规定, 您在任何时候可以行使您对个人数据处理的权利, 向 KINETIKA SARDEGNA S.r.l. 公司书面发送信件 (地址 Viale Marconi, 160 - 09045 Quartu Sant'Elena ) 要求或者通过下列电子邮件地址向我们发送邮件通知: [privacy@kinetikasardegna.it](mailto:privacy@kinetikasardegna.it).

法令第 196/2003 号第 7 条款 有关个人数据使用权利和其他权利

根据法令 196/03 第 7 条款赋予每位数据主体特定的权利, 这些权利也可以由数据主体书面授权的人员执行, 此外, 在数据主体死亡的情况下, 与涉及死者的个人资料相关的权利, 可以由任何对其感兴趣的实体行使, 或者为保护数据主体或为了家庭原因而应得到保护的行为。

1. 数据主体应有权得到其有关的个人数据是否存在的确认, 而无论其个人数据是否已经记录; 此类数据的沟通应采用浅显易懂的方式。
2. 数据主体有权知道: a) 其个人数据的来源; b) 数据的最终用途和处理方式; c) 借助电子手段进行数据处理应用的推理; d) 根据第 5 条第 2 点的有关数据控制员、数据处理员和指定代表的身份数据; e) 可能会收到个人数据的实体或实体类别, 谁或哪些人会作为意大利国内的指定代表或数据处理员或数据处理负责人而得到此类数据。
3. 数据主体应有权: a) 需要时, 更新、修改或添加数据; b) 撤销、以匿名方式更换或阻止非法使用的信息, 包括与日后收集或处理信息的目的无关、因而无需保留的任何信息; c) 证明上述 a) 和 b) 项中的修正和撤销行为及其相关内容已由信息接收方知悉, 但若无法完成此类任务或完成此类任务需要投入的努力过大, 则不在该项规定之列。
4. 资料当事人有权全部或部分反对: a) 出于正当理由而使用其个人信息, 即使信息的使用与数据收集目的的相关; b) 以发送广告材料、邮购销售材料、开展市场调研或进行宣传为目的而使用其个人信息。