



Servizio
Sanitario
della
Toscana

Questionario sulle abitudini di fumo



INFORMATIVA PRIVACY

(art. 13, Decreto Legislativo Delegato 30.6.2003 n° 196)

Gentile assistita/o,

La informiamo che l'Azienda ospedaliero-universitaria pisana ha intenzione di rilevare le abitudini di fumo dei propri pazienti ed offrire, a coloro che ne sono interessati, un aiuto per smettere di fumare.

Per effettuare la rilevazione l'AouP utilizzerà modalità cartacee ed informatizzate e si avvarrà di personale sanitario interno, all'uopo nominato incaricato del trattamento.

Le finalità sono rivolte a conoscere le abitudini di fumo dei pazienti e successivamente proporre, a coloro che ne sono interessati, l'adesione ad un percorso volto ad interrompere la dipendenza dal fumo.

A tale scopo le chiediamo di compilare il questionario allegato e, se interessato, di rilasciare il suo consenso ad essere contattato successivamente, per via telefonica, dal personale sanitario Incaricato che Le chiederà nuovamente, nel caso avesse cambiato idea, la Sua disponibilità a recarsi presso il Centro antifumo, dove personale specializzato le proporrà un percorso per smettere di fumare.

Lei sarà libera/o di rispondere o meno alle domande del questionario e di accettare ad intraprendere il percorso che le verrà proposto per smettere di fumare, sarà inoltre libera/o di interrompere in qualunque momento la sua partecipazione; nel caso intendesse essere contattato per aderire al percorso volto ad interrompere la sua dipendenza dal fumo, dovrà fornire i suoi dati e le verrà richiesto di firmare il consenso al trattamento dei dati personali; **il suo eventuale rifiuto a compilare il questionario ed all'adesione al percorso per smettere di fumare non pregiudicherà in alcun modo l'erogazione delle prestazioni sanitarie attuali e future nei suoi confronti.**

Garanzie sulla riservatezza dei dati

Qualunque informazione che Lei ci fornirà con la compilazione del questionario sarà considerata assolutamente confidenziale. Ai dati avrà accesso esclusivamente il personale sanitario incaricato del trattamento e le informazioni che la riguardano verranno utilizzate in forma rigorosamente anonima ed aggregata e quindi sarà assolutamente impossibile risalire all'identità dei singoli interessati che hanno accettato di compilare il questionario e di aderire al percorso. Le informazioni raccolte durante l'indagine verranno conservate per il tempo strettamente necessario ad effettuare le statistiche e immediatamente dopo verranno eliminate salvo che Lei non abbia accettato di aderire al percorso antifumo. Ogni operazione di trattamento dei dati che la riguardano sarà improntata ai principi di correttezza, liceità e trasparenza stabiliti dal decreto legislativo 196/2003 (codice sulla protezione dei dati personali), tutelando la sua riservatezza ed i suoi diritti.

Le informiamo inoltre che, ai sensi del decreto legislativo 196/2003 (codice sulla protezione dei dati personali):

- titolare del trattamento dei dati è: l'Azienda ospedaliero-universitaria pisana;
- responsabile del trattamento per l'Azienda ospedaliero-universitaria pisana è il direttore della u.o. Pneumologia 1 prof. Antonio Palla;
- per qualunque ulteriore informazione riguardo il questionario ed il percorso potrà rivolgersi a:
Centro per lo Studio ed il Trattamento del Tabagismo ("Centro Antifumo"), u.o. Pneumologia 1 universitaria, Azienda ospedaliero-universitaria pisana (Edificio 10, box informazioni, percorso "4 verde", piano terra, tel. 050 996467), dott.ssa Laura Carrozzi, dott. Francesco Pistelli.

La ringraziamo per la collaborazione.

Il direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria pisana
Carlo Rinaldo Tomassini



Questionario sulle abitudini di fumo



Quando avrà completato il questionario, La preghiamo di consegnarlo al sanitario dal quale l'ha ricevuto. Grazie

- 1 Data di compilazione: UU-UU-UUUU
- 2 Maschio Femmina
- 3 Età: UU anni compiuti
- 4 A quale intervento chirurgico deve sottoporsi? _____
- 5 Ha mai fumato regolarmente? (cioè, almeno 1 sigaretta o 1 sigaro o 1 presa di tabacco per pipa al giorno per almeno 1 anno?)
- No, non ho mai fumato Si, fumo tutt'ora sigarette
- Si, ma ho smesso più di 6 mesi fa Si, fumo tutt'ora il sigaro
- Si, ma ho smesso negli ultimi 6 mesi Si, fumo tutt'ora la pipa

» Se non ha mai fumato, per Lei il questionario termina qui «

- 6 A quale età ha iniziato a fumare? UU anni
- 7 Nel corso degli anni in cui ha fumato, quante sigarette ha fumato in media al giorno? UU sigarette
- 8 Quando ha fumato l'ultima volta? UU-UU-UUUU (scriva una data, anche se è approssimativa)

» Se non ha fumato negli ultimi 6 mesi, per Lei il questionario termina qui «

- 9 Quanto tempo dopo essersi svegliato fuma la prima sigaretta?
- Entro 5 minuti (3) 6-30 minuti (2) 31-60 minuti (1) Dopo 60 minuti (0)
- 10 Quante sigarette fuma al giorno? UU sigarette al giorno [10 o meno (0); 11-20 (1); 21-30 (2); 31 o più (3)]
- 11 Fuma abitualmente la pipa? Si, tutti i giorni Si, ma non tutti i giorni Mai
- 12 Fuma abitualmente il sigaro? Si, tutti i giorni Si, ma non tutti i giorni Mai
- 13 Negli ultimi 12 mesi, quante volte si è impegnato/a seriamente a smettere di fumare?
- UU volte oppure Mai
- 14 Sta pensando seriamente di smettere di fumare?
- Si, entro i prossimi 7 giorni No, non sto pensando di smettere ma solo di ridurre
- Si, entro i prossimi 30 giorni No, non sto pensando né di smettere né di ridurre
- Si, entro i prossimi 6 mesi Non so
- 15 È interessato/a a iniziare un programma per smettere di fumare con l'aiuto del Centro antifumo di questo ospedale? Si No

Esclusivamente se è interessato/a ad aderire ad un programma per smettere di fumare e ad essere contattato, Le chiediamo gentilmente di rilasciare i suoi dati personali, nome, cognome e recapito telefonico, per essere contattato dal personale sanitario che Le fornirà ulteriori informazioni e eventualmente programmerà un appuntamento presso il Centro Antifumo di questo Ospedale.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 81 Decreto Legislativo 196/2003)

Il sottoscritto, letta la specifica Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 D.Lgs. 196/2003) predisposta dall'Azienda ospedaliero-universitaria pisana, acconsente al trattamento dei propri dati personali con le modalità e per le finalità, nei limiti indicati dall'informativa suddetta.

Nome e Cognome _____ **n° di telefono** ____ / _____

Firma dell'interessata/o _____ **data firma** UU-UU-UUUU