

Nome operatore/struttura

Info su PSYCKES

L'Ufficio per la salute mentale (Office of Mental Health) dello Stato di New York (NYS) gestisce il Sistema di servizi psichiatrici e miglioramento delle conoscenze cliniche (PSYCKES - Psychiatric Services and Clinical Knowledge Enhancement System). Si tratta di una banca dati online in cui sono contenute alcune informazioni della sua storia clinica e altri dati sulla sua salute, che possono essere utili a suoi fornitori sanitari per garantirle le cure giuste quando le occorrono. Le informazioni presenti in PSYCKES sono tratte dalle sue cartelle cliniche, dal database NYS Medicaid e da altre fonti. Per saperne di più sul programma e sull'origine dei suoi dati, visiti il sito www.psyckes.org e faccia clic su About PSYCKES (Info su PSYCKES).

Tali dati comprendono:

- il suo nome, la data di nascita, l'indirizzo e altre informazioni che consentono di identificarla;
- i suoi servizi sanitari pagati da Medicaid;
- la sua storia di cure sanitarie, ad esempio terapie per malattie e lesioni, esiti di esami e farmaci;
- altre informazioni inserite nel sistema da Lei o da suoi fornitori, ad esempio il Piano di sicurezza sanitario.

Da sapere

I suoi dati sono riservati; ciò significa che, per vederli, le altre persone devono avere un'autorizzazione. Compili questo modulo subito o in qualsiasi momento, se desidera concedere o negare ai suoi fornitori l'accesso ai suoi documenti. La sua scelta non avrà effetti sui suoi diritti alle cure mediche né sulla copertura assicurativa sanitaria.

Prima di selezionare una delle caselle in basso, legga con attenzione il retro di questa pagina.

Scelga:

- "DO IL CONSENSO" se Lei desidera i suoi dati PSYCKES siano visualizzabili da questo fornitore e dal personale del fornitore stesso che si occupa delle sue cure.
- "NON DO IL CONSENSO" se Lei non vuole che siano visualizzabili da tali soggetti.

Se non concede il consenso, sarà comunque possibile che il fornitore sia in grado di vedere i suoi dati sanitari in PSYCKES (oppure di ottenerli da un altro fornitore), nei casi consentiti da leggi e regolamenti statali e federali. Ad esempio, se Medicaid ha dubbi sulla qualità delle sue cure sanitarie, il suo fornitore potrebbe ottenere l'accesso a PSYCKES per consentire loro di decidere se Lei sta ricevendo le cure giuste al momento giusto.

La sua scelta. Selezioni soltanto 1 casella.

- ☐ **DO IL CONSENSO** all'accesso ai miei dati sanitari da parte del fornitore e del personale del fornitore stesso che si occupa delle mie cure, in relazione ai miei servizi sanitari.
- ☐ **NON DO IL CONSENSO** a questo fornitore di accedere ai miei dati sanitari, ma sono consapevole che potrebbe essere in grado di vederli nei casi consentiti da leggi e regolamenti statali e federali.

Nome del paziente a macchina o stampatello

Data di nascita del paziente

Numero ID Medicaid del paziente

Firma del paziente o del rappresentante legale del paziente

Data

Nome a macchina o stampatello del rappresentante legale (se applicabile)

Rapporto del rappresentante legale del paziente (se applicabile)

¹ Le leggi e i regolamenti comprendono la sezione 33.13 della legge sull'igiene mentale di New York (NY Mental Hygiene Law), l'articolo 27-F della Legge sulla sanità pubblica di New York (NY Public Health Law) e le norme federali sulla riservatezza, tra cui 42 CFR Parte 2 e 45 CFR Parti 160 e 164 (denominate anche HIPAA).

- 1 **In che modo i fornitori possono utilizzare i suoi dati sanitari.** Possono utilizzarli soltanto per:
 - provvedere a un trattamento medico, al coordinamento delle cure e ai servizi correlati.
 - valutare e migliorare la qualità delle cure mediche.
 - comunicare agli operatori che si occupano del suo trattamento in caso di emergenza (ad esempio, se Lei si reca in un pronto soccorso).
- 2 **A quali informazioni possono accedere.** Se Lei concede il consenso, possono vedere TUTTI i suoi dati presenti in PSYCKES. Possono comprendere informazioni tratte dalle sue cartelle cliniche, come malattie o lesioni (ad esempio, il diabete o una frattura ossea), risultati di esami (radiografie, esami del sangue e screening), esiti di valutazioni e farmaci. Potrebbero comprendere piani di cura, piani di sicurezza, dichiarazioni anticipate psichiatriche redatte da Lei e dal fornitore che si occupa dei suoi trattamenti. Queste informazioni possono anche essere legate a problematiche sanitarie sensibili, tra cui a titolo esemplificativo ma non esaustivo:
 - problematiche di salute mentale
 - uso di alcol o droghe
 - controllo delle nascite e aborto (pianificazione familiare)
 - malattie genetiche (ereditarie) o i relativi esami
 - HIV/AIDS
 - malattie sessualmente trasmissibili
- 3 **Da dove provengono le informazioni.** Nella sua documentazione sarà presente qualsiasi suo servizio sanitario pagato da Medicaid. Altrettanto vale per i servizi che Lei ha ricevuto da un centro psichiatrico gestito dallo Stato. In PSYCKES sono archiviate alcune informazioni (ma non tutte) tratte dalle sue cartelle cliniche, oltre ai dati inseriti da Lei e dal suo medico. La sua documentazione online comprende i suoi dati sanitari provenienti da altri database dello Stato di New York, a cui si potrebbero aggiungere nuovi database. Per l'elenco aggiornato delle fonti di dati e per maggiori informazioni su PSYCKES, visiti: www.psyckes.org e apra "About PSYCKES" (Info su PSYCKES), oppure chiedi al suo fornitore di stampare per Lei l'elenco.
- 4 **Chi può accedere ai suoi dati, con il suo consenso.** I medici di _____ e altri componenti del personale che si occupano delle sue cure, accanto ai fornitori di cure sanitarie che coprono turni o sono reperibili per _____. Possono accedere ai suoi dati anche i componenti del personale che svolgono le attività elencate al punto 1 precedente.
- 5 **Accesso non corretto dei dati o loro utilizzo improprio.** Nel caso di accesso non corretto dei dati presenti in PSYCKES o di un loro utilizzo improprio, sono previste sanzioni. Se Lei dovesse mai sospettare che qualcuno abbia visto i suoi dati o sia riuscito ad accedervi senza averne diritto, telefoni a:
 - _____ al numero _____, oppure
 - alle Relazioni con i clienti dell'Ufficio per la salute mentale dello Stato di New York (NYS Office of Mental Health Customer Relations) al numero **800-597-8481**.
- 6 **Condivisione dei suoi dati.** _____ potrebbe condividere i suoi dati sanitari con altri soggetti unicamente nei casi consentiti da leggi o regolamenti statali o federali. Tale possibilità vale per i dati sanitari sia in formato elettronico che cartaceo. Alcune leggi statali e federali prevedono anche tutele speciali e requisiti aggiuntivi per la divulgazione di dati sanitari sensibili, ad esempio su HIV/AIDS e su trattamenti relativi a droghe e alcol.¹
- 7 **Periodo di validità.** Il presente Modulo di consenso è valido per 3 anni dall'ultima data in cui Lei ha ricevuto servizi da _____, oppure fino al giorno in cui Lei ritirerà il consenso, con prevalenza della data che si verifica per prima.
- 8 **Ritiro del consenso.** Lei può ritirare il suo consenso in qualsiasi momento, firmando e presentando un Modulo di ritiro del consenso a _____. Lei ha anche la facoltà di modificare le sue scelte sul consenso, firmando in qualsiasi momento un nuovo Modulo di consenso. Può procurarsi tali moduli su www.psyckes.org o presso il suo fornitore telefonando _____ al numero _____. Attenzione: i fornitori che ottengono i suoi dati sanitari attraverso _____ durante la validità del presente Modulo di consenso potrebbero copiare o includere i suoi dati nelle proprie cartelle cliniche. Nel caso di un suo ritiro del consenso, non hanno l'obbligo di restituire le informazioni, né di eliminarle dalla loro documentazione.
- 9 **Copia del modulo.** Dopo aver firmato il presente Modulo di consenso, Lei può riceverne una copia.

¹ Le leggi e i regolamenti comprendono la sezione 33.13 della legge sull'igiene mentale di New York (NY Mental Hygiene Law), l'articolo 27-F della legge sulla sanità pubblica di New York (NY Public Health Law) e le norme federali sulla riservatezza, tra cui 42 CFR Parte 2 e 45 CFR Parti 160 e 164 (denominate anche HIPAA).