

SCHEDA DI ADESIONE

REGISTRO ASMA GRAVE

Compilare e spedire **entro il 29 Febbraio 2016** via e-mail o fax al Centro Studi AIPO,
(✉ aipocentrostudi@aiporicerche.it, fax 02 67382337)

CENTRO: _____

U.O.: _____

Indirizzo: _____

Città: _____ Prov: _____ CAP _____

Referente Dott./Prof.: _____

Tel: _____ E-mail: _____

INFORMAZIONI PRELIMINARI

- N° globale di pazienti asmatici osservati nell'ultimo anno _____
- Casi di Asma Grave riscontrati sul totale (percentuale) _____%
- N° pazienti trattati (o in trattamento) con farmaci biologici (Omalizumab e Mepolizumab) _____
- N° casi osservati di near fatal asthma (pazienti intubati ed in coma farmacologico) _____
- N° di decessi per asma tra i vostri pazienti o nell'area in cui operate _____

Informazione e consenso al trattamento dei dati personali:

Ai sensi della normativa sulla Tutela dei Dati personali (L. 675/96 e successive modifiche ed integrazioni e in conformità al decreto legislativo 196/2003 in vigore dal 1° gennaio 2004), autorizzo al trattamento dei dati personali per le finalità relative al Registro Asma Grave.

Data _____ Firma _____