AOU Sassari
Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari
Via M. Coppino 26, 07100 Sassari
Tel. 0792830630 Fax 0792830637
P.Iva 02268260904
www.aousassari.it

A.D. MDLXII

MODULO CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON EMODERIVATI
Allegato VII punto G del D.M 02/11/2015

Io sottoscritto/a..... nato/a a ..... il ..... /….. /.....

sono stato informato dal Dott. ..... che per le mie condizioni cliniche devo essere sottoposto ad un trattamento terapeutico con emoderivati, che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione di virus di malattie infettive trasmissibili, quali AIDS, epatite B, epatite Cecc.).

Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal Dott in ordine alle mie condizioni cliniche, ai rischi connessi alla terapia e a quelli che potrebbero derivare non sottoponendomi al trattamento.

[]Acconsento [ ] Non acconsento

ad essere sottoposto al trattamento terapeutico con emoderivati, necessario per tutto il decorso della mia malattia.

Luogo e Data Firma del paziente / tutore

__/__/_____

Firma del medico