



**Modulo n. 1**

**MODULO CONSENSO INFORMATO ALL'UTILIZZO DEGLI EMOCOMPONENTI AD USO NON TRASFUSIONALE**

Io sottoscritto/a .....Cod.Fisc. ....

Cognome ..... Nome .....

Nato/a il ...../...../...../ a.....

Residente a ..... Via .....

Assistito presso la struttura sanitaria .....

**A SEGUITO DEL COLLOQUIO INTERCORSO IN DATA...../...../..... CON IL /LA DOTT. /DOTT.SSA.....**

**DICHIARO CHE SONO STATO /A INFORMATO/A**

- 1) Che a seguito dell'insuccesso dei trattamenti standard finora utilizzati, si esegue un tentativo terapeutico con emocomponente autologo per uso non trasfusionale;
- 2) Che l'utilizzo di emocomponente autologo per uso non trasfusionale potrebbe facilitare la riparazione /rigenerazione dei tessuti in determinate condizioni, sebbene non siano ancora emerse prove evidenti di sicura efficacia;
- 3) Che per la preparazione del \*.....autologo per uso non trasfusionale è necessario effettuare un prelievo del mio sangue; (\* indicare il prodotto)
- 4) Che per ottenere un adeguato numero di piastrine dovrà essermi prelevata una modica quantità di sangue e che questo non comporta di per sé né rischi né esiti;
- 5) Che il prelievo suddetto verrà lavorato e concentrato secondo i criteri di sterilità nel più breve tempo possibile in sistema dedicato e certificato;
- 6) Che non sono noti effetti collaterali indesiderati a breve termine
- 7) Che, come tutti gli emocomponenti, anche il \*.....autologo per uso non trasfusionale non è esente da rischi (es. contaminazione batterica). (\*indicare il prodotto)

**PRESO ATTO DI QUANTO SOPRA, CONSAPEVOLMENTE E LIBERAMENTE ACCONSENTO AL TRATTAMENTO CON EMOCOMPONENTI PER USO NON TRASFUSIONALE SOPRAINDICATI**

DATA ...../...../.....

FIRMA PAZIENTE.....

**DICHIARAZIONE DEL PROFESSIONISTA RESPONSABILE DELL'INFORMAZIONE AL PAZIENTE**

Io sottoscritto Dott. ....confermo ed attesto, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa, a mio avviso, ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto, punto per punto.

DATA ..../...../..... FIRMA MEDICO.....

Struttura accreditata (Conferenza Stato-Regioni 12/2010) con Determinazione ARIS n. 547 del 31.5.2016

**Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari**

Viale San Pietro 10, 07100 Sassari

P. Iva **02268260904**

[www.aousassari.it](http://www.aousassari.it)

**Servizio Trasfusionale Aziendale**

Via Monte Grappa, 82 07100 Sassari

Tel.: 079/2061625-106-021 Fax: 079/2061796

Segreteria Tel. 079/2061463 Fax: 079/210922

e-mail: [servizio.immunoematologia@aousassari.it](mailto:servizio.immunoematologia@aousassari.it)