AOU SASSARI
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Sassari
Viale San Pietro, 43 – 07100 Sassari
C.F. - P. IVA 02268260904

S.C. Servizio Immunotrasfusionale

Direttore Dr. Pietro Carmelo Manca

Allegato 3

MODULO DI LIBERA ESPRESSIONE DI VOLONTA' DELLA PERSONA ASSISTITA A SOTTOPORSI A TRATTAMENTO TRASFUSIONALE

GENERALITÀ DEL PAZIENTE O DEL DELEGATO / FIDUCIARIO (*LEGGE n. 219/2017)*

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ DATA DI NASCITA _____

RESIDENZA _____ CODICE FISCALE _____

RECAPITO TELEFONICO _____

GENERALITÀ DEGLI ESERCENTI LA POTESTÀ GENITORIALE IN CASO DI PAZIENTI MINORI:

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ DATA DI NASCITA _____

RESIDENZA _____ CODICE FISCALE _____

RECAPITO TELEFONICO _____

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ DATA DI NASCITA _____

RESIDENZA _____ CODICE FISCALE _____

RECAPITO TELEFONICO _____

(allegare documentazione attestante l'espressione di volontà in caso di assenza di uno dei genitori)

GENERALITÀ DEL TUTORE/LEGALE RAPPRESENTANTE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO IN CASO DI PAZIENTE RICONOSCIUTO INCAPACE:

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____RECAPITO TELEFONICO _____

(allegare la documentazione con valore legale che identifica il tutore/legale rappresentante)

S.C. Servizio Immunotrasfusionale

Direttore Dr. Pietro Carmelo Manca

IL GIORNO: _____ ORA:_____

PRESSO: AMBULATORIO:_____

REPARTO:_____

STUDIO MEDICO:_____

IL DOTT._____

ALLA PRESENZA DI (infermiere o altro professionista sanitario): _____

E DELLA/E PERSONA/E DESIGNATA DAL PAZIENTE:

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ DATA DI NASCITA _____

RESIDENZA _____ CODICE FISCALE_____

EVENTUALI NOTE SPECIFICHE (es. mediatore culturale):
_____
_____
_____

INFORMA IL SIG: _____

CHE IN CONSIDERAZIONE DELLE CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI, POTREBBE ESSERE NECESSARIA LA TRASFUSIONE DEI SEGUENTI EMOCOMPONENTI

(BARRARE L'EMOCOMPONTE DA TRASFONDERE)

- ○ EMAZIE CONCENTRATE LEUCODEPLETE PRE-STORAGE
- ○ CONCENTRATO DI PIASTRINE
- ○ PLASMA

E CHE TALE PRATICA TERAPEUTICA NON È COMPLETAMENTE ESENTE DA RISCHI COME ILLUSTRATO NELL'ALL.1 (patologie chirurgiche) E NELL'ALL.2 (patologie internistiche).

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: pietro.manca@aousassari.it

AOU SASSARI
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Sassari
Viale San Pietro, 43 – 07100 Sassari
C.F. - P. IVA 02268260904

S.C. Servizio Immunotrasfusionale
Direttore Dr. Pietro Carmelo Manca

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE IN MERITO AI CONTENUTI DELL'INFORMAZIONE RICEVUTA:

Io sottoscritto ……. capace di intendere e di volere e in grado di capire la lingua italiana dichiaro di essere stato verbalmente ed adeguatamente informato circa i benefici e i rischi prevedibili connessi alla trasfusione come quelli che potrebbero derivarmi se non mi sottoponessi alla trasfusione, le possibili complicanze e le eventuali alternative possibili riguardo la terapia o il trattamento propostomi; dichiaro inoltre di avere avuto il tempo necessario per la lettura e la comprensione di quanto contenuto, di avere posto al Medico Compilatore nella persona del Dr ……. tutte le eventuali domande di chiarimento che ho ritenuto opportuno ricevendone chiara ed esplicativa risposta e dimostrando allo stesso di averne compreso il significato.

Sono stato inoltre informato del diritto di potere revocare la mia volontà in qualsiasi momento.

ACCONSENTO alla terapia trasfusionale necessaria presso codesta struttura	☐ SI ☐ NO
ACCONSENTO al recupero ematico perioperatorio (intra e post-operatorio)	☐ SI ☐ NO
ACCONSENTO alla pratica di terapie alternative alla trasfusione	☐ SI ☐ NO
DICHIARO di avere ricevuto scheda informativa sulla terapia trasfusionale	☐ SI ☐ NO

Tutti i dati di cui alla presente modulistica sono vincolati dalla normativa sulla Privacy e dall'art.622c.p.

Data ……

Firma del paziente …….

Firma del medico…….

REVOCA DEL CONSENSO

Luogo _____ data _____ Firma del paziente_____

Firma del Medico_____

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: pietro.manca@aousassari.it