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 4 **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 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)

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

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 _____

INFORMA IL SIG: _____

CHE IN CONSIDERAZIONE DELLE CONDIZIONI CLINICHE POTREBBE RENDERSI NECESSARIO RICORRERE AD EMOTRASFUSIONE STANTE LA NECESSITA' DI SOTTOPORSI ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI:

- ☐ CHIRURGIA ELETTIVA _____
- ☐ CHIRURGIA D'URGENZA DIFFERITA _____

PRESO ATTO CHE IL SOGGETTO DICHIARA DI ESSERE **TESTIMONE DI GEOVA** E A TAL FINE ESIBISCE DOCUMENTAZIONE SPECIFICA (CHE SI ALLEGA) E/O ESIBISCE LE PROPRIE DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ (CHE SI ALLEGANO), SI PROSPETTA AL PAZIENTE L'ALTERNATIVA TERAPEUTICA ALLA TRASFUSIONE DI SANGUE DI CUI ALL'ALLEGATO 1.

IL PAZIENTE PIENAMENTE CONSAPEVOLE E INFORMATO DICHIARA:

ACCONSENTO alla terapia trasfusionale con unità da donatore (eterologa)	☐ SI ☐ NO
ACCONSENTO al recupero ed all'utilizzo ematico perioperatorio (intra e post-operatorio)	☐ SI ☐ NO
DICHIARO di avere ricevuto scheda informativa sui rischi da emotrasfusione	☐ SI ☐ NO

IL PAZIENTE E' INFORMATO DELLA POSSIBILITÀ DI MODIFICARE LE PROPRIE VOLONTÀ IN QUALSIASI MOMENTO

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

Data _____ Firma del paziente _____

Firma del medico _____

FIRMA PRESENTI _____ _____

:
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

:
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*

:
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*

:
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*