



Modulo n. 1

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

Io sottoscritto/aCod.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

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