

 <b>A.S.L. NO</b> 28100 Novara Tel. 0322 848481 Fax 0322 845005	<b>S.I.M.T. BORGOMANERO</b> Viale Zoppis 10 – 28021 Borgomanero	CODICE MOD 001 Emesso il: 21/05/2019 Valido dal: 01/06/2019
	<b>MODULO CONSENSO INFORMATO TRASFUSIONE</b>	Revisione 05 Pagina 1 di 2
Redatta da: RESPONSABILE QUALITA'	Approvata da: DIRIGENTE STRUTTURA COMPLESSA	

### DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE

- 1) **Cognome e nome** \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- 2) *In caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale - Dati del legale rappresentante (es. tutore):*  
**Cognome e nome** \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**NB:** va allegata la documentazione (es. autocertificazione) che indica i poteri del legale rappresentante.

### DATI SANITARI (a cura del medico)

Motivazioni per cui viene effettuato il trattamento (diagnosi o condizione clinica):

Trattamento sanitario proposto:

**Trasfusione con**  EMAZIE FILTRATE PRESTORAGE  PLASMA  PIASTRINE  ALTRO \_\_\_\_\_

### ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

**PAZIENTE:** Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  
 sono stato informato dal dott. \_\_\_\_\_ che per le mie condizioni cliniche potrebbe essere necessario essere sottoposto a trasfusioni di sangue e di emocomponenti e/o la somministrazione di 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 C ecc.). Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal dott. \_\_\_\_\_ sia in ordine alle mie condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla trasfusione come a quelli che potrebbero derivarmi se non mi sottoponessi alla trasfusione.  
 Ho ricevuto l'informativa specifica in relazione alla procedura di trasfusione cui sarò sottoposto.  
 Sono a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima del trattamento sanitario proposto (vedi RETRO di questo modulo)

[ ] **ACCONSENTO** [ ] **NON ACCONSENTO**

*liberamente, spontaneamente e in piena coscienza.*

Ad essere sottoposto alle trasfusioni o alla somministrazione emoderivati che si rendono necessarie per tutta la durata della terapia.

*Sono inoltre consapevole dell'importanza di osservare puntualmente le indicazioni ricevute sui comportamenti e gli accorgimenti (anche successivi) da adottare per il buon esito del trattamento sanitario proposto.*

**Autorizzo il personale della Struttura Sanitaria al trattamento dei miei dati, secondo la normativa vigente**  
 (DECRETO LEGISLATIVO 10 agosto 2018, n. 101.)

*Sono consapevole che il trattamento di queste informazioni sarà sia manuale che informatico e che, secondo le disposizioni regionali in merito alla sicurezza della trasfusione, le informazioni riguardanti la mia attività di donatore devono essere comunicate al Centro Produzione Emocomponenti e al Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione dei Servizi Trasfusionali.*

Data: ..... **Firma del paziente / Legale rappresentante** .....

**Medico** *Dichiaro di aver fornito l'informazione sul trattamento sanitario proposto e acquisito il consenso secondo quanto previsto dalla procedura aziendale.*

Data: ..... Timbro e firma del medico: .....

	<b>A.S.L. NO</b> 28100 Novara Tel. 0322 848481 Fax 0322 845005	<b>S.I.M.T. BORGOMANERO</b> <i>Viale Zoppis 10 – 28021 Borgomanero</i> <b>MODULO CONSENSO INFORMATO TRASFUSIONE</b>	CODICE MOD 001 Emesso il: 21/05/2019 Valido dal: 01/06/2019
Redatta da: RESPONSABILE QUALITA'		Approvata da: DIRIGENTE STRUTTURA COMPLESSA	Revisione 05 Pagina 2 di 2

## REVOCA DEL CONSENSO

**Io sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

**di voler revocare il consenso dato nella pagina 1 di questo modulo**

**Firma del paziente / Legale rappresentante** \_\_\_\_\_

Il Dr. \_\_\_\_\_, non potendo al momento acquisire il Consenso Informato del paziente, a causa delle sue condizioni, che non consentono la comprensione delle informazioni contenute nel presente modulo, in assenza del tutore legale, ha comunque inoltrato la richiesta di emocomponenti e/o emoderivati.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Cognome e Nome del paziente (in stampatello)

\_\_\_\_\_  
 Timbro e Firma del Medico (leggibile)