

 <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 081 Emesso il: 12/02/2024
	<b>MODULO CONSENSO INFORMATO TRASFUSIONE PZ. MINORENNE</b>	Valido dal: 12/02/2024
Redatta da: RESPONSABILE QUALITÀ	Approvata da: DIRIGENTE STRUTTURA COMPLESSA	Revisione 05 Pagina 1 di 3

#### DATI IDENTIFICATIVI

- 1) **Minorenne** (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- 2) **Genitori**  
– Genitore 1 (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
– Genitore 2 (cognome e nome) \_\_\_\_\_
- 3) **Legale rappresentante** \_\_\_\_\_

#### DATI SANITARI (a cura del medico)

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

Tattamento sanitario proposto:

**Trasfusione con unità di sangue e di emocomponenti e/o la somministrazione di emoderivati**

#### ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

### SI DICHIARA

**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.*

Data: \_\_\_\_\_

**GENITORE 1**

**GENITORE 2**

**IL LEGALE RAPPRESENTANTE**

#### OPINIONE DEL MINORE

Il minore debitamente informato del trattamento ha espresso opinione:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 <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 081 Emesso il: 12/02/2024
	<b>MODULO CONSENSO INFORMATO TRASFUSIONE PZ. MINORENNE</b>	Valido dal: 12/02/2024
Redatta da: RESPONSABILE QUALITÀ	Approvata da: DIRIGENTE STRUTTURA COMPLESSA	Revisione 05 Pagina 2 di 3

## DICHIARAZIONE DI TRATTAMENTO URGENTE

Si da atto che, trattandosi di trattamento considerato urgente, è sufficiente la sottoscrizione di un solo genitore.

**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: .....

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art. 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

con residenza nel Comune di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false nonché del fatto che **la potestà sul Minorenne compete, di regola, ad entrambi i genitori (anche se separati o divorziati),**

### DICHIARO

1) di essere genitore del minore \_\_\_\_\_

2) che l'altro genitore (cognome e nome) \_\_\_\_\_

**non** sottoscrive il modulo iscritto sul "fronte" del presente foglio in quanto:

da me informato della necessità del trattamento è **consenziente** ad esso trattamento;

che non è possibile contattarlo nei tempi necessari;

che non è necessaria la sua sottoscrizione per disposizione del Giudice;

altro (es.: morte, interdizione, ecc.) \_\_\_\_\_

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

(luogo e data)

**Il/La dichiarante** \_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

	<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  <b>MODULO CONSENSO INFORMATO TRASFUSIONE PZ.</b> <b>MINORENNE</b>	CODICE MOD 081 Emesso il: 12/02/2024  Valido dal: 12/02/2024
Redatta da: RESPONSABILE QUALITÀ		Approvata da: DIRIGENTE STRUTTURA COMPLESSA	Revisione 05 Pagina 3 di 3

## REVOCA AL CONSENSO ALLA EMOTRASFUSIONE

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

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

**DICHIARO**  
**di voler revocare il consenso**  
Firma:

Il Dr. \_\_\_\_\_, non potendo acquisire al momento 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/di entrambi genitori, ha comunque inoltrato la richiesta di emocomponenti e/o emoderivati.

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

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

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