

CONSENSO INFORMATO ALLA TERAPIA TRASFUSIONALE
(allegato informativa alla trasfusione di emocomponenti ed emoderivati)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov _____ il _____ eresidente a _____
dichiaro di essere stato/a informato/a dal Dott. _____
dell'U.O.C. di _____, in modo chiaro ed a me interamente comprensibile,
di essere affetto/a da _____ e che per la mia
patologia potrebbe rendersi necessaria una terapia trasfusionale con emocomponenti (globuli
rossi, piastrine, plasma) e e/o emoderivati (albumina, immunoglobuline, fattori della
coagulazione) di origine umana (donatori):

- Emazia concentrate
- Piastrine
- Plasma
- Albumina
- Immunoglobuline
- Fibrinogeno - HAEMOCOMPLETTAN
- Altri fattori della coagulazione

Ho letto l'informativa alla terapia trasfusionale fornitami e ho avuto la possibilità di rivolgere al Medico tutte le domande che ritenevo necessario, ricevendone risposte esaurienti.

Dichiaro espressamente di essere stato/a messo/a a conoscenza che la trasfusione di sangue o di emocomponenti e/o emoderivati, è gravata, come tutte le terapie, da possibili rischi e/o complicanze e che il suo rifiuto può comportare gravi conseguenze per il mio stato di salute.

In caso di ripensamento, potrò cambiare parere in ogni momento, anche dopo la firma del presente documento e comunque prima della procedura trasfusionale.

Nel caso la terapia trasfusionale rientra in un programma di trattamento terapeutico di medio-lungo termine, la presente dichiarazione vale per l'intero ciclo terapeutico, anche se, in ogni momento posso decidere liberamente di interrompere il trattamento e revocare il consenso.



1. DICHIARAZIONE DEL CONSENSO

Ho letto e ben compreso quanto riportato in questo documento e decido di:

- **accettare la terapia trasfusionale proposta con:**

- Emazie concentrate
- Piastrine
- Plasma
- Albumina
- Immunoglobuline
- Fibrinogeno - HAEMOCOMPLETTAN
- Altri Fattori della coagulazione

DATA _____

_____ Firma del paziente o del legale rappresentante

2. RIFIUTO DEL CONSENSO

Ho letto e ben compreso quanto riportato in questo documento e decido di:

- **non accettare la terapia trasfusionale**

DATA _____

_____ Firma del paziente o del legale rappresentante

IL MEDICO CHE HA RACCOLTO IL CONSENSO OVVERO IL RIFIUTO:

DATA _____

Timbro e Firma _____

N.B.: Per il minore di anni 14 è richiesta la firma dell'esercente la patria potestà o la tutela (entrambi i genitori o tutore). Per il minore, di età compresa tra i 14 e 17 anni, se giudicato maturo, è richiesta la firma dello stesso oltre a quella dell'esercente la patria potestà o la tutela (in caso di discordanza tra detto minore e l'esercente la patri potestà o tutela bisogna acquisire il parere del Giudice Tutelare).

Il presente documento consta di n. due (2) pagine