



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

Io sottoscritto/a ..... Cod.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**.....