

 A.S.L. NO 28100 Novara Tel. 0322 848481 Fax 0322 845005	S.I.M.T. BORGOMANERO Viale Zoppis 10 – 28021 Borgomanero	CODICE MOD 001 Emesso il: 12/02/2024 Valido dal: 19/02/2024
	MODULO CONSENSO INFORMATO TRASFUSIONE	
Redatta da: RESPONSABILE QUALITÀ	Approvata da: DIRIGENTE STRUTTURA COMPLESSA	Revisione 07 Pagina 1 di 2

Struttura

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 unità di sangue e di emocomponenti e/o la somministrazione di emoderivati

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.

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:

 <p>A.S.L. NO 28100 Novara Tel. 0322 848481 Fax 0322 845005</p>	<p>S.I.M.T. BORGOMANERO Viale Zoppis 10 – 28021 Borgomanero</p> <p>MODULO CONSENSO INFORMATO TRASFUSIONE</p>	<p>CODICE MOD 001</p> <p>Emesso il: 12/02/2024</p> <p>Valido dal: 19/02/2024</p>
<p>Redatta da: RESPONSABILE QUALITÀ</p>	<p>Approvata da: DIRIGENTE STRUTTURA COMPLESSA</p>	<p>Revisione 07 Pagina 2 di 2</p>

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)