 A.S.L. NO 28100 Novara Tel. 0322 848481 Fax 0322 845005	S.I.M.T. BORGOMANERO Viale Zoppis 10 – 28021 Borgomanero	CODICE MOD 081 Emesso il: 12/02/2024
	MODULO CONSENSO INFORMATO TRASFUSIONE PZ. MINORENNE	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:

 <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 PZ. MINORENNE</p>	<p>CODICE MOD 081 Emesso il: 12/02/2024 Valido dal: 12/02/2024</p>
<p>Redatta da: RESPONSABILE QUALITÀ</p>	<p>Approvata da: DIRIGENTE STRUTTURA COMPLESSA</p>	<p>Revisione 05 Pagina 2 di 3</p>

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)

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

REVOCA AL CONSENSO ALLA EMOTRASFUSIONE

Io sottoscritto/a _____ In data _____	<p>DICHIARO di voler revocare il consenso Firma:</p>
--	--

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) _____