

Bussolengo, li.....

CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE DI SANGUE ed EMOCOMPONENTI

Io sottoscritto.....

nato a.....il.....

residente a.....Via.....

dichiaro

di essere stato informato che, per le mie condizioni cliniche potrebbe essere necessario ricevere trasfusioni di sangue e/o emocomponenti e/o emoderivati (*) provenienti da donatori volontari e che tale pratica terapeutica, come ogni altra, non è completamente esente da rischi che mi sono stati esaurientemente rappresentati. 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 a tale terapia.

Dichiaro di essere stato informato delle eventuali alternative (autodonazioni ed emodiluizioni) possibili in chirurgia elettiva e dei loro vantaggi ed indicazioni e del loro possibile impiego nella mia situazione clinica.

Quindi

acconsento

non acconsento(*)

ad essere sottoposto presso codesta struttura al trattamento trasfusionale necessario per tutto il decorso della mia malattia.

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL PAZIENTE

.....

.....

(*) Cancellare quanto non interessa.

N.B. Il presente modulo deve essere inserito in cartella