

Servizio Immunoematologia e Centro Trasfusionale

P.O. \_\_\_\_\_

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON  
EMOCOMPONENTI DURANTE AFERESI TERAPEUTICA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

sono stato informato dal Dott. \_\_\_\_\_

che per le mie condizioni cliniche potrebbe essere necessario ricevere una o più trasfusioni di sangue omologo/emocomponenti/emoderivati e che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione di virus dell'immunodeficienza e dell'epatite).

Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato sia in ordine alle mie condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla terapia come a quelli che potrebbero derivarmi se non mi sottoponessi al trattamento.

Ho ben compreso inoltre che esistono altri eventi avversi o complicanze molto più rari di cui a richiesta posso essere informato verbalmente.

Sono consapevole del fatto che il consenso può essere da me ritirato in qualsiasi momento.

Consapevole di quanto sopra:

Acconsento al trattamento terapeutico con emocomponenti \_\_\_\_\_  
(firma)

Rifiuto il trattamento terapeutico con emocomponenti \_\_\_\_\_  
(firma)

Vibo Valentia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del Medico)

Ritiro il consenso al trattamento con emocomponenti data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

