

Servizio Immunoematologia e Centro Trasfusionale
P.O. _____

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON EMOCOMPONENTI

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)

