

CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE AUTOLOGO

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ n. unità rich. _____

Autorizzo il prelievo del mio sangue da parte del personale del SIT del P.O. _____
per impiego auto trasfusionale. Lo scopo, la natura e i vantaggi dell'autotrasfusione, i rischi
connessi e le possibili complicazioni mi sono stati spiegati dal Dott. _____

Sono stato informato che:

1. la procedura per la donazione del mio sangue è uguale ad una normale donazione del sangue. Ciascuna unità è raccolta con un ago da una vena del mio braccio; il sangue fluisce in una sacca di plastica sterile contenente un anticoagulante. Dopo la procedura l'ago viene tolto ed un batuffolo di cotone viene applicato sul mio braccio per prevenire il sanguinamento. Durante la procedura mi potrà essere infusa una variabile quantità di soluzioni liquide per rimpiazzare il volume di sangue perso durante la donazione e prevenire le eventuali complicanze legate alla perdita dei liquidi. Ciascuna unità verrà etichettata e conservata per mio proprio uso.
2. Sono tenuto ad assumere dosi orali di ferro per reintegrare la perdita di ferro conseguente alla donazione.
3. Una lieve anemia o una diminuzione del volume del mio sangue si possono verificare temporaneamente dopo frequenti donazioni per autotrasfusione. Sintomi di anemia possono includere sensazioni di svenimento, capogiri o debolezza. Detta possibile sintomatologia mi indicherà che dovrò astenermi da pesanti sforzi fisici od occupazioni pericolose durante il periodo di tempo in cui effettuo le donazioni.
4. Mentre ogni sforzo sarà fatto per trasfondermi le mie unità di sangue, potrebbero verificarsi situazioni in cui divengono necessari altri emocomponenti o in cui il mio sangue non è più disponibile. Io accetterò sangue da altri donatori se il mio medico lo riterrà opportuno.
5. Ho ben compreso inoltre che esistono altri eventi avversi o complicanze molto più rari di cui, a richiesta, posso essere informato verbalmente.

Autorizzo, inoltre, ogni ulteriore procedura relativa all'autotrasfusione che si rendesse necessaria ed opportuna.

Con riferimento al Dlgs. 30/06/2003 n. 196, autorizzo l'utilizzo dei miei dati limitatamente alle necessità sanitarie.

Sono consapevole del fatto che il consenso può essere da me ritirato in qualsiasi momento.
Consapevole di quanto sopra:

Vibo Valentia _____ / _____ / _____

(firma)

(firma del Medico)

Ritiro il consenso alla donazione di sangue autologo

data _____

(firma)