



CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE DI EMOCOMPONENTI

Il Sottoscritto

per se stesso

esercente/i la potestà genitoriale del minore a cui è stata data adeguata informazione sul consenso e sulla procedura sottoriportati
(di norma raccogliere le firme di entrambi i genitori ed allegare fotocopia del documento d'identità di entrambi)

legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale) di
.....
(allegare fotocopia del documento d'identità del legale rappresentante)

DICHIARA

di aver ricevuto dal dr. che lavora presso la struttura nella quale è (o sarà) degente ogni possibile informazione che la trasfusione di sangue, dei suoi componenti, o di emoderivati viene oggi attuata solo in particolari condizioni cliniche, caratterizzate prevalentemente da stati di anemia cronica o acuta, riduzione del numero delle piastrine, dell'albumina o di fattori della coagulazione; comunque esclusivamente in situazioni in cui gli effetti positivi della trasfusione siano di gran lunga superiori alle possibili seppur rare complicanze, quali la trasmissione di infezioni come le epatiti virali o l'AIDS, o la possibilità teorica della trasmissione della malattia di Creutzfeld-Jakob (o "morbo della mucca pazza") nel caso di somministrazione dell'albumina.

- di essere stato informato che le accurate verifiche e i trattamenti cui vengono sottoposti il sangue e i suoi derivati, nonché i controlli e le visite mediche eseguite sui donatori di sangue, tutti conosciuti e periodici, da parte degli operatori del Servizio Trasfusionale rendono, da numerosi anni a questa parte, del tutto eccezionale l'eventualità di infezione da di malattie trasmissibili.
- di essere stato informato che il sangue e gli emoderivati vengono dunque utilizzati solo quando si rende assolutamente necessario
- di essere stato informato che esistono inoltre alcune situazioni cliniche, quali interventi chirurgici programmabili, che permettono l'utilizzo di tecniche alternative alla trasfusione di sangue da donatore quali l'autodonazione (la trasfusione cioè del proprio sangue predonato) il recupero delle perdite di sangue che può venire effettuato sia durante l'intervento che dopo l'intervento (ovvero il sangue perso può essere drenato, filtrato con apposita apparecchiatura, reinfuso) e l'emodiluizione, grazie alle quali le complicanze sopra descritte, seppure eccezionali, possono essere ulteriormente ridotte.
- di essere stato informato altresì che queste tecniche, alternative alla trasfusione di sangue da donatore, sono sempre preferite.
- di essere a conoscenza che le più frequenti reazioni avverse si manifestano come reazioni di tipo allergico, talvolta con febbre, brividi, nausea, vomito, orticaria ed ipotensione e che vengono effettuate ripetute verifiche sul somministrare ad ogni soggetto una specifica sacca o preparato di emoderivati opportunamente individuata a priori per evitare reazioni di incompatibilità che possono essere anche fatali;
- di essere a conoscenza che tale consenso è libero da pressioni, revocabile in qualsiasi momento, eventualmente delegabile a terzi di fiducia preventivamente autorizzati per iscritto;
- di assumersi ogni responsabilità che possa derivare da conseguenze del rifiuto alle prestazioni sanitarie;



Il sottoscritto dichiara di aver ben compreso il significato di quanto esposto, di aver ricevuto risposta a tutte le domande poste.

Osservazioni eventuali:

Informato di quanto sopra:

- ACCONSENTE
- NON ACCONSENTE

ad essere sottoposto, qualora necessario, al trattamento terapeutico con emocomponenti durante il ricovero, nonché ai test sierologici preliminari pre-trasfusionali necessari per l'AIDS e le epatiti B e C.

N.B.

Il sottoscritto è stato informato che, nel caso di dubbi non emersi dal colloquio, ovvero se non è chiaro quanto sopra riportato o se volesse ulteriori delucidazioni riguardo alla proposta chirurgica, le alternative ad essa e le sue eventuali e/o potenziali complicazioni, è pregato di telefonare a:

- Segreteria del reparto al n. 041-5071 **806**
 - “ “ “ “ “ 041-5071 **810**
 - Centralino 041-5071 **611**
- per poter parlare con un medico.

data Firma del Paziente *

** in caso di paziente minorenne, firmano di norma entrambi i genitori ed anche il minore stesso se ha sufficiente capacità di ascolto e discernimento; analogo comportamento vale per il paziente "incapace" e il suo tutore.*

Firma del Medico (e timbro)
che ha verificato che il paziente abbia compreso quanto illustrato

per poter riflettere e chiedere eventualmente un parere ad altra persona di fiducia, si precisa che:

- Copia del presente consenso è stata consegnata al paziente in data
- Ulteriori chiarimenti richiesti successivamente in data
- Il paziente ha già ricevuto opuscolo /i informativo/i su tale intervento SI NO
-

Data

Firma del personale addetto Firma paziente

Eventuali note contemporanee o successive inerenti il presente consenso (Esempio: se il paziente comprende bene la lingua italiana, se si è ricorsi ad un facilitatore, mediatore culturale, se è presente un testimone. In tal caso è opportuno raccogliere nelle note oltre alla firma del paziente anche la firma del testimone/facilitatore/mediatore)

.....

Firma paziente