



Dott. Umberto Tozzi

**Consenso Informato
al trattamento con
emocomponenti ad uso
non trasfusionale**

**Mod. PO Trattamento con
emocomponenti ad uso non
trasfusionale / 02**

Modulo

Revisione 00

Data: 06/12/2020

Pagina 1 di 1

Io Sottoscritto/a:

Cognome..... Nome.....

Luogo..... data di nascita / /

Residente in Via n.....

C.F.....

SONO STATO/A INFORMATO/A

- 1) che, a seguito dell'insuccesso dei trattamenti standard finora utilizzati, si esegue un tentativo terapeutico con emocomponente autologo per uso non trasfusionale;
 - 2) che l'utilizzo di emocomponente autologo per uso non trasfusionale potrebbe facilitare la riparazione/rigenerazione dei tessuti in determinate condizioni, sebbene non siano ancora emerse prove evidenti di sicura efficacia;
 - 3) che per la preparazione dell'emocomponente autologo per uso non trasfusionale è necessario effettuare un prelievo del mio sangue;
 - 4) che per ottenere un adeguato numero di piastrine dovrà essermi prelevata una modica quantità di sangue e che questo non comporta di per sé né rischi né esiti;
 - 5) che il prelievo suddetto verrà lavorato e concentrato secondo i criteri di sterilità nel più breve tempo possibile in sistema dedicato e certificato;
- che non sono noti effetti collaterali indesiderati a breve termine;
- 7) che, come tutti gli emocomponenti, anche il presente emocomponente autologo per uso non trasfusionale non è esente da rischi (es. contaminazione batterica).

**PRESO ATTO DI QUANTO SOPRA, CONSAPEVOLMENTE E LIBERAMENTE
ACCONSENTO AL TRATTAMENTO CON**

emocomponenti..... per uso non trasfusionale

Data

Firma paziente

**DICHIARAZIONE DEL PROFESSIONISTA RESPONSABILE
DELL'INFORMAZIONE AL PAZIENTE**

Io sottoscritto Dott. confermo e attesto, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa, a mio avviso, ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto, punto per punto.

Data

Firma Medico.....