



## CONSENSO INFORMATO ALL'UTILIZZO DEGLI EMOCOMPONENTI AD USO NON TRASFUSIONALE

Io sottoscritto/a .....

Nato/a..... il ...../...../...../

Residente a ..... Via .....

Assistito presso la struttura sanitaria .....

A seguito del colloquio intercorso il...../...../..... con il /la dott./ssa.....

### Dichiaro che sono stato /a informato/a che:

- a seguito dell'insuccesso dei trattamenti standard finora utilizzati, si esegue un tentativo terapeutico con emocomponente autologo per uso non trasfusionale;
- 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;
- per la preparazione del \*.....autologo per uso non trasfusionale è necessario effettuare un prelievo del mio sangue; (\* indicare il prodotto)
- 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;
- il prelievo suddetto verrà lavorato e concentrato secondo i criteri di sterilità nel più breve tempo possibile in sistema dedicato e certificato;
- non sono noti effetti collaterali indesiderati a breve termine
- come tutti gli emocomponenti, anche il \*.....autologo per uso non trasfusionale non è esente da rischi (es. contaminazione batterica). (\*indicare il prodotto)

**Preso atto di quanto sopra, consapevolmente e liberamente acconsento al trattamento con emocomponenti per uso non trasfusionale sopraindicati**

Data ...../...../..... firma paziente.....

### Dichiarazione del professionista responsabile dell'informazione al paziente

Io sottoscritto dott. .... confermo ed 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.....