



Presidio ospedaliero.....
UOC

CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE DI SANGUE E/O EMODERIVATI

Io sottoscritto/anato a il
.../.../....

dichiaro di essere stato esaurientemente informato dal Dott.
che per le mie condizioni cliniche sono o potrei trovarmi, nelle necessità di dover ricevere
trasfusioni omologhe e/o emoderivati (principalmente: immunoglobuline, fattori della
coagulazione, ecc...) che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la
trasmissione di virus dell'immunodeficienza acquisita, dell'epatite, ecc....)

Ho ben compreso quanto mi ha spiegato il Dott.....in ordine alle mie condizioni
cliniche ai rischi connessi alla trasfusione e/o terapia con emoderivati e quelli che potrebbero
derivarmi se non mi sottoponessi ad essi:

ACCONSENTO - NON ACCONSENTO* ad essere sottoposto a tale supporto trasfusionale e/o
terapia con emoderivati per tutto il decorso della mia malattia.

.....

Data .../.../....

Firma

(*) Cancellare quanto non interessa