



Presidio ospedaliero.....  
UOC .....

## CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE DI SANGUE E/O EMODERIVATI

Io sottoscritto/a .....nato 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