

Il/la sottoscritto/a _____

In caso di minore o soggetto sotto tutela o in caso di fiduciario indicare le generalità del genitore/tutore/fiduciario nato/a _____ il _____

Il/la sottoscritto/a _____

In caso di minore indicare le generalità dell'altro genitore (vivente) nato/a _____ il _____

(1) in qualità di paziente

(2) in qualità di esercente/i la potestà sul minore

(3) in qualità di tutore*/amministratore*/fiduciario**

(*ALLEGARE COPIA DEL PROVVEDIMENTO DEL GIUDICE)

**Persona di fiducia che il/la paziente ha eventualmente incaricato di ricevere informazioni ed esprimere eventuale consenso (anche in sua vece) nel caso in cui decida di non voler essere informato in merito alle proprie condizioni di salute. Registrare chiaramente in cartella clinica la volontà espressa dal paziente in tal senso e le generalità della persona incaricata (art. 1 comma 3 Legge 219/2017)

del paziente _____

nato/a _____ il _____

Si procede ad effettuare l'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo invocando lo stato di necessità, in quanto il/la paziente è impossibilitato/a ad esprimere il consenso, ovvero in assenza di chi possa legalmente esprimerlo.

Data ___/___/___ ora ___ Firma e timbro del Medico _____

Consapevole delle necessità di poter essere sottoposto/ poter sottoporre il pz. a:

Trasfusione di sangue

Trasfusione di emoderivati

(scrivere a stampatello) Informato/a dal Dott. _____ matricola _____ in modo comprensibile esaustivo ed adeguato, attraverso colloquio e materiale informativo, in merito **alla possibilità che per le condizioni cliniche potrebbe essere necessaria la trasfusione di sangue e di emocomponenti e/o la somministrazione di emoderivati e su:**

- le modalità di effettuazione
- le indagini prescritte dalla legge sul sangue del donatore, per rendere la terapia la più sicura possibile, sono state eseguite
- le condizioni morbose concomitanti che costituiscono fattore di rischio
- i potenziali rischi (inclusa la trasmissione di virus di malattie trasmissibili quali AIDS, epatite B, epatite C ecc...) e le possibili complicanze intra- e post-trattamento immediate, a distanza e le modalità di risoluzione
- la possibilità di essere trasfuso con sangue omologo anche in caso di adesione al programma di autotrasfusione
- la possibilità di revocare il consenso in qualunque momento
- le prevedibili conseguenze del rifiuto del trattamento proposto

Preso atto della situazione illustrata, confermo di aver compreso le informazioni ricevute e pertanto:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

CONSENSO ALLA TRASFUSIONE

REV 0.1 21 11 2022

Alla trasfusione di sangue che si rende necessaria per tutta la durata della terapia

AUTOLOGA

OMOLOGA

Alla trasfusione di emoderivati che si rende necessaria per tutta la durata della terapia

Con scelta attuale e spontanea, all'atto sanitario propostomi **AFFERMO**:

di aver ben compreso tutto ciò che è stato spiegato sia in ordine alle condizioni cliniche, sia ai rischi connessi all'atto sanitario, sia a quelli che potrebbero derivare in caso di rifiuto e di essere pienamente cosciente, consapevole e libero/a nelle scelte che attengono alla mia persona/al mio assistito

Il colloquio informativo si è svolto in data ___ / ___ / ___

di aver ricevuto materiale informativo specifico relativo al trattamento proposto

Il/La paziente ha espresso la necessità di ulteriori colloqui informativi? SI NO

Data di svolgimento di ulteriore colloquio _____

Firma Medico

Firma Paziente

La presente firma conferma che il consenso o il rifiuto all'atto proposto è espresso dal sottoscritto/a e che il presente modulo è conforme all'andamento del colloquio/i avuti con il/i medico/i e con l'informativa ricevuta

Data ___/___/___ ora ___ *Firma e timbro del Medico* _____

Presenza di interprete: no si (nome e cognome) _____

Firma del paziente _____

Firma del 1° genitore/rappresentante legale*/fiduciario** _____

Firma del 2° genitore _____

REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____ CONSAPEVOLE DEI POSSIBILI RISCHI PER LA SALUTE, DICHIARO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO PRESTATO IN PRECEDENZA AL TRATTAMENTO SANITARIO

Data ___/___/___ ora ___ *Firma e timbro del Medico* _____

Presenza di interprete: no si (nome e cognome) _____

Firma del paziente _____

Firma del 1° genitore/rappresentante legale*/fiduciario** _____

Firma del 2° genitore _____