

	Terapia	Mod. 0038	Pag. 1 di 1
	Consenso per Trasfusioni Sangue ed Emoderivati	Parola chiave: <i>consenso trasfusioni</i>	
		Rev. 03	del 10/11/2023

Cognome e Nome del Paziente _____

Nato/a il _____ a _____

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ dichiara di aver fornito al/alla paziente, genitore, tutore in caso di minorenni o tutelato, un'informazione completa ed esauriente tramite colloquio relativamente:

- alla sua situazione clinica
- all'atto sanitario proposto: **TRASFUSIONE DI SANGUE, EMOCOMPONENTI, EMODERIVATI**

Data _____

Timbro e Firma del Medico

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io, sottoscritto/a _____,

DICHIARO:

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:

- sullo stato di salute del paziente;
- sul fatto che, per le mie condizioni cliniche, potrebbe essere necessario essere sottoposto a trasfusioni di sangue e/o emocomponenti e/o la somministrazione di emoderivati, che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione di virus di malattie infettive trasmissibili);
- di aver ben compreso il contenuto del colloquio e quanto mi è stato spiegato sia in ordine alle mie condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla trasfusione come a quelli che potrebbero derivarmi se non mi sottoponessi alla trasfusione;
- di conoscere la possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento;

di ☐ **Accettare** ☐ **Non accettare**

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, ad essere sottoposto/a presso codesta struttura al trattamento trasfusionale necessario per tutta la durata della terapia.

Data _____

Firma del Paziente/Genitore/Tutore

* L'informativa "Trasfusioni Sangue ed Emoderivati" inerente alle procedure di trasfusione ed eventuali complicanze (**Mod. 0016**) è pubblicata sul sito www.ccbra.it nella Sezione Informativa e Privacy e disponibile per la consultazione presso gli uffici informazione della Casa di Cura.

informazioni@ccbra.it	www.ccbra.it
Casa di Cura Privata "Città di Bra" Via Montenero 1 - 12042 Bra (Cn) Tel. 0172.472400 Fax 0172.44542 Documento di proprietà della Casa di Cura "Città di Bra" - Clinica Privata Accreditata. È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.	