

	<i>Modulo</i>	<b>M 02 TRX</b>	
		Ed 2 Rev. 0 del 15/11/2016	Pagina 1 di 1
<b>Consenso Informato alla trasfusione</b>			
U.O.C. Medicina Trasfusionale P.O. San Giovanni di Dio Agrigento ASP 1 AGRIGENTO Direttore Dott. Pasquale Gallerano			

**CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE**

Io sottoscritto/a .....  
nato a ..... il ...../...../.....  
sono stato informato dal dott. .... che per le mie condizioni cliniche  
potrebbe essere necessario essere sottoposto a trasfusioni di sangue e di 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, quali AIDS, epatite B,  
epatite C ecc).

Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal dott. .... 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.

Acconsento

Non acconsento

ad essere sottoposto alle trasfusioni o alla somministrazione emoderivati che si rendono  
necessarie per tutta la durata della terapia.

Data .....

Firma .....

Firma del medico che acquisisce il consenso:.....