MO-TR-019 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 ……

MO-TR-019 CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE