



Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ___/___/___

in qualità di legale rappresentante di (compilare in caso di paziente minore, interdetto o temporaneamente incapace di intendere e volere ove sia stato nominato un curatore speciale): _____ nato a _____ il ___/___/___

sono stato informato dal dott. _____ in data ___/___/___

in presenza dei seguenti testimoni (se presenti e opportuni):

(cognome e nome)

(qualifica del testimone del paziente)

(cognome e nome)

(qualifica del testimone del medico)

che, per l'attuale diagnosi/ ipotesi diagnostica di: _____

è stata posta l'indicazione all'esecuzione di (denominazione procedura): _____

sito/lato dell'intervento (se applicabile) _____

A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni (barrare l'opzione confacente):

verbali

verbali e come da modulistica allegata

riguardanti:

- i benefici attesi, le probabilità di successo del trattamento, i possibili problemi di recupero e le complicanze ragionevolmente prevedibili;
- le alternative alla procedura prospettata;
- le eventuali esigenze di anestesia o sedazione;
- il diritto di rifiutare o sospendere in qualunque momento il trattamento e le conseguenze derivanti da questa scelta

E QUINDI, IN PIENA COSCIENZA

acconsento all'esecuzione della prestazione sopra indicata **si** **no**

data: _____ Firma del paziente/legale rappresentante _____

Timbro e firma del medico che acquisisce la volontà _____

CONSENSO INFORMATO ALLE TRASFUSIONI

Sono stato inoltre informato dal dr. _____ in data _____ che potrebbe essere necessario ricevere **trasfusioni omologhe di sangue e/o emocomponenti** (plasma fresco congelato, concentrati piastrinici) e/o emoderivati e che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione di virus HIV, dell'epatite, ecc.). Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato, sia in ordine alle condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla trasfusione, come a quelli che potrebbero derivare se la trasfusione non venisse effettuata, e le eventuali alternative (autotrasfusione ed emodiluizione) con relativi vantaggi e rischi.

Pertanto acconsento **si** **no** che il trattamento trasfusionale necessario sia effettuato per tutto il decorso del ricovero.

data: _____ Firma del paziente/legale rappresentante _____

Timbro e firma del medico che acquisisce la volontà _____

REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto _____

a partire dalle ore _____ del giorno _____

consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta, revoco il consenso (barrare l'opzione di interesse):

alla precitata procedura

alla terapia trasfusionale con _____

data: _____

Firma del paziente/legale rappresentante _____

Timbro e firma del medico _____