



**CONSENSO INFORMATO
EMOCOMPONENTI per USO
NON TRASFUSIONALE**

Cod: ALL Modulo richiesta
consenso emc uso non
trasfusionale
Data: 01/03/2017
Rev. 0
Pagina 1 di 1

CONSENSO INFORMATO
Emocomponenti per uso topico

Io sottoscritto/a
Cod. Fisc.
nato a il / ____ / ____ / ____ /
residente a Via
assistito presso la struttura sanitaria

A) SONO STATO INFORMATO:

1. che la mia personale situazione clinica potrà avvantaggiarsi dell'utilizzo terapeutico del autologo per uso topico;
2. che la riparazione/rigenerazione dei tessuti è facilitata dalla somministrazione di fattori di crescita piastrinici prelevati dal mio sangue e applicati nella sede da rigenerare;
3. che per la preparazione del autologo per uso topico è necessario effettuare un prelievo del mio sangue;
4. che il prelievo viene eseguito **da** personale sanitario specializzato (medico e/o infermiere), con l'ausilio di materiali sterili (aghi, siringhe, provette) e resta comunque **un** evento traumatico per il vaso sanguigno e che è da ritenersi possibile la comparsa di fenomeni post traumatici quali ecchimosi (livido) o edemi (lieve gonfiore);
5. che il prelievo suddetto verrà lavorato e concentrato secondo i criteri di sterilità nel più breve tempo possibile in sistema dedicato e certificato;
6. che per ottenere un adeguato numero di piastrine dovrà essermi prelevata una modica quantità di sangue e che questo non comporta di per se ne' rischi ne' esiti;
7. che "non sono noti effetti collaterali indesiderati a breve termine";
8. che, come tutti gli emocomponenti, anche il autologo per uso topico non è esente da rischi (esempio: contaminazione batterica);
9. che è un prodotto autologo e del fatto che il autologo per uso topico è utilizzato da oltre un decennio per indurre la rigenerazione dei tessuti e che non sono descritte reazioni indesiderate.

PRESO ATTO DI TUTTO CIO', IN PIENA COSCIENZA E LIBERTÀ', DO' IL MIO CONSENSO AL TRATTAMENTO CON

Emocomponente..... per uso topico

data : / ____ / ____ / ____ /

Firma del paziente

DICHIARAZIONE DEL MEDICO INCARICATO DELL'INFORMATIVA AL PAZIENTE.

Io sottoscritto Dott. confermo e attesto, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa, a mio avviso, ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto, punto per punto.

data : / ____ / ____ / ____ /

Firma del Medico.....