

	<p>Consenso informato alla trasfusione</p> <p>(D.M. 02/11/2015)</p>	<p>Cod: MOD2SPRO1PrSSIT01.5 Data: 1/12/2016 Rev. 0 Pagina 1 di 1</p>
---	--	--

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:.....