

	SC SIMT Servizio Immuno Trasfusionale CONSENSO INFORMATO EMOCOMPONENTI per USO NON TRASFUSIONALE	Cod: MODSIT11 Data: 31 marzo 2026 Rev. 1 Pagina 1 di 1
---	--	--

CONSENSO INFORMATO: Emocomponenti per uso non trasfusionale

Io sottoscritto Dott /ssa _____

dichiaro di aver fornito al/paziente un'informazione completa ed esauriente relativamente:

- all'atto sanitario proposto: **prelievo per la produzione di emocomponenti per uso non trasfusionale**

E di essermi assicurato che il paziente ha compreso quanto espresso:

1. che la sua personale situazione clinica potrà avvantaggiarsi dell'utilizzo terapeutico dell'emocomponente autologo per uso topico;
2. che la riparazione/rigenerazione dei tessuti è facilitata dalla somministrazione di fattori di crescita piastrinici prelevati dal suo sangue e applicati nella sede da rigenerare;
3. che per la preparazione dell'emocomponente autologo per uso topico autologo è necessario effettuare un prelievo del suo 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 essere 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 e lungo termine";
8. che, come tutti gli emocomponenti, anche l'emocomponente autologo per uso topico autologo per uso topico non è esente da rischi (esempio: contaminazione batterica), ma che prima del rilascio verrà sottoposto a prova di sterilità;
9. che è un prodotto autologo e del fatto che l'emocomponente autologo per uso topico autologo è utilizzato da oltre un decennio per indurre la rigenerazione dei tessuti e che non sono descritte reazioni indesiderate.

Espressione e Acquisizione del Consenso Informato

Io, sottoscritto/a _____

Cognome e Nome (paziente o fiduciario) _____

Luogo e data di nascita _____

DICHIARO:

☐ di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente

- sul mio stato di salute;
- sul tipo di procedura terapeutica propostami;
- sui benefici, le complicanze, i rischi, gli esiti ed i postumi ad essa associati;
- sulle conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta;
- sulle eventuali alternative terapeutiche;
- sull'organizzazione della Struttura Sanitaria e su composizione e ruoli dell'équipe di cura.

☐ di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima della procedura diagnostica/terapeutica propostami

☐ di ACCETTARE / ☐ di NON ACCETTARE liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

Data _____ Firma del/della Paziente (o Fiduciario/a) _____

Timbro e firma del Medico _____

=====

Io sottoscritto/a _____

in data _____ **dichiaro di REVOCARE il consenso all'atto sanitario proposto.**

Firma del/della Paziente (o Fiduciario/a) _____

Timbro e firma del Medico _____