



## **MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE**

*(allegato 4 alla Procedura per la prevenzione delle reazioni da incompatibilità ABO - Recepimento Raccomandazione n.5 Ministero della Salute e D.M. 2 novembre 2015)*

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.

**Accenso**

**Non accenso**

ad essere sottoposto alle trasfusioni o alla somministrazione emoderivati che si rendono necessarie per

tutta la durata della terapia.

Data .....

Firma .....

Dati e Firma del medico che acquisisce il consenso:.....