

	<b>MODULO LIBERATORIA</b>	MOD- DSP FOL Liberatoria cordone ombelicale
	<b>DIREZIONE SANITARIA PRESIDIO OSPEDALIERO DI FOLIGNO</b>	Rev.00 Del 29.01.2013

Io sottoscritta .....

Io sottoscritto .....

Siamo stati informati che il prelievo di sangue del cordone ombelicale verrà effettuato da personale sanitario della sala parto, che si atterrà a procedure operative conformi agli standard internazionali.

Siamo stati informati che, in considerazione della particolare tipologia di prelievo e della necessità di personale dedicato, l'Azienda NON GARANTISCE che la prestazione possa essere espletata, qualora si verifichino circostanze contingenti che possano mettere a rischio la salute della madre e/o del bambino, che hanno la priorità nel processo assistenziale. Inoltre il prelievo potrebbe non essere effettuato anche in quei casi in cui sia a rischio la salute di madri e/o bambini contemporaneamente presenti in sala parto.

A questo proposito si ricorda inoltre che l'Azienda garantisce la raccolta secondo procedure operative conformi agli standard internazionali e declina ogni responsabilità in merito alla qualità e quantità del campione biologico prelevato.

#### **Firma della madre /genitori**

.....

.....

Il Direttore Medico del Presidio Ospedaliero sede del Punto Nascita (o suo delegato)

.....

Firma .....

Foligno, .....