

	DICHIARAZIONE PRELIEVO DA CORDONE OMBELICALE	MOD- DSP FOL Dichiarazione cordone ombelicale
	DIREZIONE SANITARIA PRESIDIO OSPEDALIERO DI FOLIGNO	Rev.00 Del 29.01.2013

La sottoscritta partoriente Sig.ra:

Cognome	
Nome	
Luogo e data di nascita	
Indirizzo	
Città - CAP	

In proprio e nella qualità di esercente la potestà genitoriale del nascituro, alla luce dei principi posti dalla Legge 21.10.2005 n. 219 pubblicata nella G.U. n. 251 del 27/10/2005 e in considerazione della funzione profilattica di tale prestazione

Dichiara

di voler prelevare il sangue del cordone ombelicale del nascituro, per poterlo conservare in idonea struttura accreditata in _____ a fini di trapianto autologo.

Chiede

di procedere a detto prelievo mediante apposito Kit _____ rispondente a tutte le normative in materia - dalla stessa fornito, secondo le istruzioni allegate.

Esonera

gli operatori sanitari che procederanno al prelievo e al confezionamento del Kit da ogni responsabilità per il loro operato.

Precisa

che l'attività richiesta ed il Kit impiegato rispondono a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di utilizzo profilattico autologo del sangue estratto dal cordone ombelicale.

Foligno, ____/____/____

Firma
