

	CONSENSO ALLA TRASFUSIONE DI SANGUE E SOMMINISTRAZIONE DI EMOCOMPONENTI E/O EMODERIVATI	MOD 03 ML - trasfusione emocomponenti Rev.00
	SERVIZIO MEDICINA LEGALE	Del 18/02/2014

NOTE INFORMATIVE:

La trasfusione di emocomponenti (concentrati di globuli rossi, piastrine, plasma ecc.) e/o di emoderivati (concentrati di fattori della coagulazione, albumina, immunoglobuline, ecc.) è una terapia molto importante per varie categorie di pazienti.

A fronte di indiscussi benefici, la trasfusione di sangue o la somministrazione di emocomponenti e/o emoderivati può, tuttavia comportare, dei rischi per il ricevente, tra cui reazioni febbrili allergiche e alcune infezioni (inclusa la trasmissione di virus dell' immuno-deficienza, dell'epatite, ecc.), anche se le attuali modalità di selezione dei donatori, gli accurati controlli laboratoristici sulle unità di sangue prelevate e l'esposizione dei farmaci emoderivati ad efficaci metodi di inattivazione degli agenti infettivi, hanno ridotto i suddetti rischi quasi a zero.

Nei casi che comportano trattamenti trasfusionali ripetuti, il consenso deve essere riferito a tutta la durata della terapia, salvo esplicita revoca da parte del paziente

CONSENSO

Io sottoscritto/a..... Nato/a a
ilsono stato/a informato dal Dott.
che per le mie condizioni cliniche potrebbero essere necessarie trasfusioni di sangue omologo / somministrazioni di emocomponenti / emoderivati Dichiaro di aver preso visione delle note informative sopra riportate e di ritenermi sufficientemente informato/a, in ordine alle mie condizioni cliniche, delle possibili conseguenze nel caso non mi sottoponessi alla trasfusione, e dei potenziali rischi connessi alla terapia trasfusionale. Ho capito, in particolare, che il sangue, gli emocomponenti e/o gli emoderivati possono, in casi assai rari, causare reazioni sia febbrili che allergiche ed alcune infezioni (inclusa la trasmissione di virus dell' immuno-deficienza, dell'epatite, ecc.)

Quindi: **acconsento** ☐ **non acconsento** ☐

ad essere sottoposto/a presso questa struttura al trattamento trasfusionale necessario ed agli accertamenti pre-trasfusionali di laboratorio indispensabili, per tutto il decorso della mia malattia.

Firma del Paziente (dei genitori o tutore)

.....
.....

Timbro e Firma del Medico responsabile

.....

Data...../...../.....