

	CONSENSO ALLA TRASFUSIONE DI SANGUE E ALLA SOMMINISTRAZIONE DI EMOCOMPONENTI E/ O EMODERIVATI	MOD 03 ML Cons trasf/emocomponenti Rev.01 Del 28.06.2016
	MEDICINA LEGALE	

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 del' 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 **Dr.**
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 del' 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

CONDIZIONE DI INCAPACITA' NATURALE

Il sottoscritto Dr.

Dichiara che il /la Sig.

NON E' NELLE CONDIZIONI PSICO-FISICHE DI POTER ESPRIMERE IL PROPRIO CONSENSO

Preso atto della comunicazione da parte di un familiare

Firma del familiare.....

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