

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	CONSENSO INFORMATO ALLA EMOTRASFUSIONE (DM 15.01.1991; DM 25.01.2001; Decreto 2 novembre 2015) (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	

*Allegato 4 nella Procedura SIMT per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO

Reparto/Servizio:			
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
Nato/a a		II (GG/MM/AAAA)	__ / __ / ____
Documento d'identità		n.	del __ / __ / ____
In qualità di:	<input type="checkbox"/> Diretto interessato <input type="checkbox"/> Rappresentante legale del/la sig./ra: _____		
DICHIARO DI ESSERE A CONOSCENZA DEL FATTO CHE:			
<ul style="list-style-type: none"> per le mie condizioni cliniche potrebbe essere necessario essere sottoposto a trasfusioni di sangue e di emocomponenti e/o la somministrazione di emoderivati 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.			
AVENDO COMPRESO CHIARAMENTE QUANTO MI È STATO ILLUSTRATO, VOLONTARIAMENTE:			
<input type="checkbox"/> ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette; <input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette.			
Firma della persona assistita / genitori / tutore legale			
Firma del medico			
NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)			
Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.			
Nome Cognome ed estremi documento med. Culturale		Firma	
Data e ora di acquisizione del consenso			

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	CONSENSO INFORMATO ALLA EMOTRASFUSIONE (DM 15.01.1991; DM 25.01.2001; Decreto 2 novembre 2015) (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	

*Allegato 4 nella Procedura SIMT per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO

DICHIARO DI REVOCARE IL CONSENSO			
Firma del dichiarante			
Firma del medico			
Firma degli operatori presenti			
NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente): Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.			
Nome Cognome ed estremi documento mediatore culturale		Firma	
Data e ora			
INFORMATO dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto delle cure che può condurre fino a (specificare):			