



<p>Allegato 3</p>   <p>DIPARTIMENTO REGIONALE INTERAZIENDALE di MEDICINA TRASFUSIONALE</p>	<p align="center">Modulo informativo e richiesta di consenso alla trasfusione di sangue, emocomponenti ed emoderivati</p> <p align="center">(D.M. 01/09/1995 e D.M. 03/03/2005)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p align="center">Ed. III revisione 8/02/2023</p> </div>
--	--

La trasfusione di sangue e/o emocomponenti e/o emoderivati che le consigliamo per essere eseguito richiede il suo consenso pertanto, affinché possa decidere in maniera autonoma, libera, consapevole, La invitiamo a leggere attentamente questo documento.

Prima dell'esecuzione del trattamento un medico commenterà con lei il contenuto del presente documento informandoLa in modo dettagliato sulle necessità, rischi, conseguenze prevedibili del trattamento in modo che possa rilasciare un consenso esaurientemente informato.

SCOPO DEL TRATTAMENTO, BENEFICI PREVISTI E POSSIBILITA' DI SUCCESSO: la trasfusione di globuli rossi è volta ad ottenere un rapido reintegro della capacità del sangue di trasportare l'ossigeno ai tessuti, in tutte le condizioni in cui questa capacità è ridotta per una riduzione della emoglobina (molecola che trasporta l'ossigeno contenuta nei globuli rossi). La trasfusione di plasma è volta a ridurre il rischio emorragico, correggendo il deficit dei fattori della coagulazione. La trasfusione di piastrine serve a ripristinare un valore di piastrine sufficiente ad evitare emorragie. La trasfusione di albumina o immunoglobuline serve a ridurre gravi deficit congeniti o acquisiti di proteine plasmatiche. Le immunoglobuline in particolare vengono anche utilizzate per la loro azione antinfiammatoria e immunosoppressiva in molte malattie autoimmunitarie e infiammatorie ematologiche, reumatologiche e neurologiche.

RISCHI E INCONVENIENTI RAGIONEVOLMENTE PREVEDIBILI PER LA PERSONA: esiste la possibilità di trasmissione di agenti infettivi, in particolare i virus dell'AIDS e della epatite di tipo B e C. Sono inoltre possibili reazioni trasfusionali sia acute (reazione febbrile con brivido) che ritardate dovute a cause immunologiche o a cause diverse, come infezioni da contaminazione batterica del sangue trasfuso, sovraccarico circolatorio, complicanze metaboliche, sovraccarico di ferro, reazioni ipotensive.



DESCRIZIONE DEL TRATTAMENTO E/O ALTERNATIVE POSSIBILI: infusione endovenosa di globuli rossi, plasma, piastrine, Ig vena, albumina. A discrezione del medico il trattamento può essere preceduto da una premeditazione farmacologica allo scopo di prevenire effetti collaterali indesiderati. Non esistono per ora alternative al sangue umano.

CIRCOSTANZE CHE IMPORREBBERO UN AMPLIAMENTO DEL TRATTAMENTO PREVISTO PER ESTENSIONE DELLA PATOLOGIA: trattamento medico di eventuali reazioni avverse.

CONSEGUENZE DELLA MANCATA TRASFUSIONE/INFUSIONE: possono essere molto gravi, in relazione all'entità del deficit di ossigenazione di tessuti e organi vitali o del rischio emorragico e alla patologia di base.

DURATA DEL TRATTAMENTO E REGIME DI ASSISTENZA: il trattamento viene eseguito in ambulatorio, con la richiesta del Medico di base.

COMPORTAMENTI A CUI IL PAZIENTE DOVRA' ATTENERSI: PRIMA DELLA TRASFUSIONE è possibile fare una colazione leggera, evitando latte, derivati e alimenti ricchi di grassi, due ore prima di presentarsi in ambulatorio. DOPO LA TRASFUSIONE occorre aspettare due ore prima di mangiare. Quanto sopra rappresenta un quadro generale della situazione che viene oggi ulteriormente approfondito dal sottoscritto, anche in relazione a problematiche legate alla sua specifica situazione che Lei ha avuto modo di valutare attentamente. Ciò premesso, è essenziale che non sussistano dubbi su qualsiasi aspetto del trattamento prospettato, per cui La invitiamo a chiedere, liberamente e serenamente, tutto quello che ritenga importante o non ancora sufficientemente compreso.

<p>Allegato 3</p>   <p>DIPARTIMENTO REGIONALE INTERAZIENDALE di MEDICINA TRASFUSIONALE</p>	<p>Modulo informativo e richiesta di consenso alla trasfusione di sangue, emocomponenti ed emoderivati</p> <p>(D.M. 01/09/1995 e D.M. 03/03/2005)</p> <div>Ed. III revisione 8/02/2023</div>
--	---



Data ____/____/____

Firma del paziente o legale rappresentante.....

ANNOTAZIONI DEL MEDICO RELATIVE AL COLLOQUIO INFORMATIVO _____

Io sottoscritto Dr _____ dichiaro di aver fornito esaurienti spiegazioni circa il trattamento sanitario proposto ed in coscienza ritengo che esse siano state comprese dal paziente.

Firma del Medico

<p>Allegato 3</p>   <p>DIPARTIMENTO REGIONALE INTERAZIENDALE di MEDICINA TRASFUSIONALE</p>	<h2>Modulo informativo e richiesta di consenso alla trasfusione di sangue, emocomponenti ed emoderivati</h2> <p>(D.M. 01/09/1995 e D.M. 03/03/2005)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>Ed. III revisione 8/02/2023</p> </div>
--	--

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____/____/____
sono stato informato dal Dott. _____ che , per le mie
condizioni cliniche, potrebbe essere necessario ricevere trasfusioni di sangue
omologo/emocomponenti/emoderivati (*) e che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi
(inclusa la trasmissione di virus dell'immunodeficienza, dell'epatite, 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.
Quindi **acconsento/non acconsento** (*) ad essere sottoposto presso questa struttura al trattamento
trasfusionale necessario per tutto il decorso della mia malattia.
Autorizzo inoltre il personale dell'Ambulatorio al trattamento dei miei dati personali e sanitari, secondo le
modalità previste dalla normativa vigente (D.L.vo 30/06/2003 n. 196).
Infine autorizzo il Medico dell'ambulatorio a comunicare al mio Medico curante eventuali notizie
sull'andamento clinico della mia malattia e/o sulle prestazioni effettuate presso questo Ambulatorio.

Data ____/____/____

FIRMA DEL PAZIENTE	_____	FIRMA DEL TUTORE/CURATORE che esercita la potestà genitoriale	_____
FIRMA DEL GENITORE DI MINORE Che esercita la patria potestà e che l'altro genitore è informato.	_____	FIRMA DEL TESTIMONE (in caso di impedimento fisico a firmare, analfabetismo, non conoscenza della lingua italiana).	_____

(*) Cancellare quanto non interessa