



UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI GERIATRIA

*Direttore: Dr. Filippo Luca FIMOGNARI*

## CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON EMOCOMPONENTI\*

Io sottoscritto/a-----

nato/a a----- il...../...../.....

sono stato debitamente informato dal Dott. -----

che per le mie condizioni cliniche potrebbe essere necessario ricevere una o più trasfusioni di sangue omologo/emocomponenti/emoderivati e che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione di virus dell' immunodeficienza e dell'epatite).

Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato, sia in ordine alle mie condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla terapia, come a quelli che potrebbero derivarmi se non mi sottoponessi al trattamento.

Ho ben compreso inoltre che esistono altri eventi avversi o complicanze molto più rari di cui, a richiesta, posso essere informato verbalmente.

Sono consapevole del fatto che il consenso può essere da me ritirato in qualsiasi momento.

*Consapevole di quanto sopra:*

Accconsento al trattamento con emocomponenti-----  
(firma)

Rifiuto il trattamento con emocomponenti-----  
(firma)

Cosenza....../...../.....

-----  
(firma del Medico)

*Dichiarazione del Medico*

Io, Dott.....attesto che il/la Sig/a

.....

non è in grado di fornire il consenso in quanto.....

.....

-----

(firma del Medico)

Pertanto, *informo* il parente più prossimo presente in reparto della necessità di effettuare il trattamento

-----

(firma del parente – Nome e Cognome in stampatello)

*Ritiro il consenso* al trattamento con emocomponenti

data..../...../.....

-----

(firma)

\*Modello di consenso informato diffuso dalla Regione Calabria ed implementato dalla UOC di Geriatria – AO Cosenza