



Azienda USL Toscana Centro
Ospedale San Giovanni di Dio
U.O. Chirurgia Generale
Dir. Dr. Alessandro Anastasi
Tel.: 055/6932.515 055-69321

CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE

Io sottoscritto , nato il.....a sono stato/a informato/a dal DOTT. che per le mie condizioni cliniche potrebbe essere necessario essere sottoposto/a a trasfusioni di sangue e di emocomponenti e/o la somministrazione di emoderivati, che 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.

Acconsento Non acconsento

ad essere sottoposto/a alle trasfusioni o alla somministrazione emoderivati che si rendono necessarie per tutta la durata della terapia.

Data

Firma _____

Firma del medico che acquisisce il consenso: DOTT.

--

REVOCA DEL CONSENSO:

Io sottoscritto, dopo essere stato informato sulle motivazioni e la natura dell'atto clinico proposto, sui suoi benefici, rischi, alternative, e sulle conseguenze di una mancata esecuzione, revoco il consenso precedentemente espresso.

Data

Firma _____