

CARTELLA TRASFUSIONALE

CONSENSO INFORMATO ALLA TERAPIA TRASFUSIONALE

(D.M.S 3 marzo 2005, Art. 11: Consenso informato del ricevente)

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____

Dichiaro di essere stato/a informato/a dal Dott. _____

- 1) Della mia situazione clinica che potrebbe richiedere terapia trasfusionale con emocomponenti e/o con emoderivati, anche ripetuta per tutto il decorso della mia malattia.
- 2) Degli effetti che essa può comportare e dei benefici attesi.
- 3) Delle eventuali alternative (per es. autotrasfusione o recupero intraoperatorio) che possono essere applicate in alcuni casi, limitatamente a interventi chirurgici elettivi.
- 4) Delle conseguenze cliniche che possono derivare dal rifiuto della trasfusione.
- 5) Della necessità, nel mio interesse, di segnalare precedenti trasfusioni ed eventuali reazioni post-trasfusionali.
- 6) Che tutte le indagini prescritte dalla Legge sono state eseguite sul sangue del donatore per rendere la terapia trasfusionale la più sicura possibile: nonostante ciò non è possibile escludere completamente (analogamente a tutti gli interventi di carattere medico) i rischi, inclusa la possibilità di trasmissione di malattie infettive (peraltro attualmente considerata estremamente bassa) e gli effetti collaterali indesiderati (reazioni trasfusionali). Fra questi sono molto rare le reazioni che comportano disturbi cardio-circolatori o respiratori. Sono più frequenti reazioni lievi con febbre e brividi. In caso di insorgenza di reazione trasfusionale la trasfusione sarà immediatamente sospesa.
- 7) Che i medici curanti praticheranno questa terapia solo in caso di precise indicazioni e di assoluta necessità.
- 8) Che il consenso espresso con l'accettazione di quanto proposto è sempre revocabile.

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, in base alle informazioni ottenute:

☐ **acconsento ad essere sottoposto presso questa struttura al trattamento trasfusionale**

☐ **rifiuto volontariamente il trattamento trasfusionale**

Data _____ Ora _____

Firma del Paziente o di un Genitore del Tutore o dell'Amministratore di sostegno _____

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Sintesi situazione clinica _____

Atto sanitario proposto:

Trasfusione di emocomponenti

Somministrazione di emoderivati

- ☐ Concentrati eritrocitari
- ☐ Plasma fresco
- ☐ Concentrati piastrinici
- ☐ Albumina
- ☐ Immunoglobuline
- ☐ Fattori della coagulazione
- ☐ Altro

Io sottoscritto Dott.

attesto che il/la Sig/ra.....

☐ ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto, punto per punto;

☐ non è in grado di fornire il consenso, in quanto

Data _____ Ora _____

Il Medico curante _____