

<i>Casa di Cura Villa Ortensia del Centro Medico Calce S.r.l.</i>	<b>Consenso Informato Trasfusione</b>	<b>Mod PO 01 Consenso Informato/07</b>
		<b>Modulo</b>
Revisione 01	Data:04/03/2014	Pagina 1 di 1

Io sottoscritto/a .....

Nato/a il ..... a ..... (.....)

**DICHIARO DI ESSERE STATO INFORMATO IN MODO CHIARO ED A ME INTERAMENTE  
COMPRESIBILE DAL. DOTT. ....**

- che la mia personale situazione clinica può richiedere terapia trasfusionale;
- che la mia trasfusione di sangue ed emoderivati rappresenta una terapia non esente da rischi sia dal punto di vista della trasmissione di malattie infettive che da quello immunologico;
- che tutte le indagini prescritte della legge sono state eseguite sul sangue del donatore per rendere la terapia più sicura possibile;
- che il medico curante praticherà questa terapia solo in caso di stretta ed assoluta necessità ed indicazione;
- che, dove possibile, verranno impiegate metodiche alternative a secondo dei loro vantaggi e delle loro indicazioni nella mia situazione clinica.

**CONSCIO DI QUANTO SOPRA:**

**ACCONSENTO ALL'ESECUZIONE DELLA TERAPIA TRASFUSIONALE**

Firma .....

**RIFIUTO VOLONTARIAMENTE LA TERAPIA TRASFUSIONALE**

Firma .....

Lì ..... Firma del Medico .....