CONSENSO INFORMATO PER IL TRATTAMENTO CON CAR-T CELLS

Io sottoscritto_____ **nato a**_____ **il**_____
(nome e cognome del paziente per esteso)

DICHIARO

- Di aver preso visione della scheda informativa.
- Di aver avuto tempo e modo di porre domande e di aver ricevuto informazioni comprensibili ed esaurienti sull'atto sanitario proposto.
- Di aver compreso lo scopo del trattamento, le possibili controindicazioni, i potenziali rischi e le complicanze ragionevolmente prevedibili
- Di aver compreso che potrò chiedere ulteriori informazioni in qualsiasi momento al personale sanitario.
- Di aver compreso che in casi estremamente selezionati, qualora non fosse possibile utilizzare ai fini della raccolta gli accessi venosi periferici, potrà rendersi necessario un catetere venoso centrale che verrà posizionato da personale medico molto esperto. In tal caso sarò chiamato a sottoscrivere specifico consenso.
- Di aver compreso i potenziali rischi per il prodotto nelle varie fasi del programma
- Di aver compreso che nel caso in cui emergessero alterazioni significative nell'ambito degli esami eseguiti al fine dell'idoneità che mi rendano NON idoneo o IDONEO in deroga, oppure semplicemente emergessero alterazioni al momento non significative ma da verificare nel tempo, mi verranno fornite tutte le necessarie informazioni in merito. Inoltre mi verrà consegnata copia dei suddetti esami e una breve relazione per il MMG cui verrò riaffidato per gli ulteriori eventuali approfondimenti del caso.
- Di aver compreso che posso revocare il mio consenso in qualunque momento ma che, se il paziente è già stato sottoposto a regime di condizionamento e non riceve il trattamento trapianto logico, esiste un altissimo rischio per la sua vita.

Sono pertanto in grado di esprimere una scelta libera e consapevole e

□ **ACCONSENTO** □ **NON ACCONSENTO**

ad essere sottoposto/a alla procedura secondo quanto sopra specificato

In caso di dissenso:
Sono stato/a informato/a che rifiutando la prestazione il mio rifiuto non pregiudicherà in alcun modo le cure assistenziali e i rapporti con i sanitari anche se non sarà possibile portare a termine il programma terapeutico proposto per il paziente.

Pescara, …… ……
firma del paziente

*Io sottoscritto Dott.*_____*dichiaro che il/la paziente*_____
Ha sottoscritto liberamente il presente consenso informato, avendo chiaramente compreso le informazioni da me ricevute secondo la scheda informativa allegata in grado di formulare una scelta pienamente consapevole.
_____ _____ Pescara, _____/_____/_____
Il Medico *Firma*

REVOCA DEL CONSENSO
Intendo revocare il mio consenso precedentemente espresso e dichiaro di aver compreso che il mio ritiro non pregiudicherà in alcun modo le cure assistenziali e i rapporti con i sanitari. Sono stato/a informato/a che revocando il consenso alla prestazione non sarà possibile portare a termine il programma terapeutico proposto per il paziente

Firma del Donatore _____Firma del Medico_____ Data___/___/_____

Firma del donatore _____
(per ricevuta)