Nome e cognome _____

Data e luogo di nascita _____

Io sottoscritto dichiaro che mi sono stati illustrati in modo esauriente ed in termini che sono stato in grado di comprendere gli scopi, i metodi, gli effetti immediati e a lungo termine, i rischi immediati e a lungo termine, i potenziali benefici del trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche necessario per poter curare la patologia da cui sono affetto. Sono stato inoltre informato che nel mio caso verrà impiegato un donatore le cui specifiche caratteristiche sono le seguenti:

Generalità: _____

□ Consanguineo (grado di parentela) _____

□ Non consanguineo _____

Grado di compatibilità HLA _____

Sorgente di cellule staminali emopoietiche _____

In particolare, sono stato informato che per il mio specifico caso e per la mia specifica malattia ematologica, il trapianto allogenico che mi viene proposto è gravato da:

Probabilità di complicanze mortali correlate al trapianto (rischio ragionevolmente prevedibile): _____ %

Probabilità di ricaduta (recidiva) della malattia ematologica (rischio ragionevolmente prevedibile): _____ %

Con la firma seguente _____

confermo che i suddetti punti sono stati da me ben compresi e sono accettati.

Sono stato inoltre informato che il protocollo di condizionamento al trapianto sarà di tipo:

□ mieloablativo □ ridotta intensità □ ridotta tossicità

e consisterà nella somministrazione di _____

_____

La terapia di profilassi della reazione del trapianto contro l'ospite (graft-versus-host disease) sarà attuata con una combinazione dei seguenti farmaci:

_____

Rilascio inoltre pieno ed incondizionato consenso:

1) affinché parte dei campioni biologici, prelevati o da prelevarsi, nell'ambito delle cure mediche concernenti il mio caso, possano - ad insindacabile e discrezionale giudizio dei Medici curanti e dei Ricercatori interessati - essere utilizzati nell'ambito di ricerche scientifiche venendo, a tal fine, conservati in apposite banche di tessuti, nel pieno rispetto della normativa vigente che regola detta materia;

2) in ordine alla circostanza che quanto sopra potrebbe non condurre a risultati direttamente e/o immediatamente utili nell'ambito del trattamento terapeutico concernente il mio caso;

Ho avuto modo di discutere i rischi e i benefici della procedura trapiantologica con il Dr.

_____, ho avuto modo di formulare ogni

possibile domanda anche in merito alle possibile cure alternative e mi ritengo soddisfatto/a delle risposte che ho ricevuto. Mi è stato consegnato materiale informativo scritto (PT-MO-CL-029) che mi ha aiutato a ben comprendere quanto illustratomi a voce. Sono inoltre a conoscenza del mio diritto a revocare il consenso in ogni momento, consapevole delle conseguenze che ciò comporta e che avrò diritto egualmente ad essere sottoposto alla migliore terapia alternativa prevista per il mio caso.

Firma del
paziente_____

Pertanto sulla scorta di quanto sopra esposto:

☐ **Dichiaro di sottopormi volontariamente alla procedura trapiantologica secondo il protocollo che mi è stato descritto.**

☐ **Dichiaro di <u>NON</u> acconsentire alla procedura trapiantologica che mi è stata illustrata.**

Pescara, _____

Firma del paziente_____

Firma del Medico che ha raccolto il consenso _____

Per ricevuta di una copia del consenso

_____

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 al trapianto non sarà possibile portare a termine il programma terapeutico propostomi.

Firma del paziente _____ Data _____

Firma del Medico _____ Data _____