Dichiarazione del Medico Trapiantologo:

Si dichiara che le cellule staminali emopoietiche (CSE) da:

□ sangue periferico □ sangue midollare Procedura N. _____

prelevate al paziente Sig. _____

nato il _____ a _____

rappresentano l'unico prodotto cellulare disponibile e che la loro infusione risulta indispensabile e indifferibile per poter eseguire il trapianto autologo al paziente stesso.

Data _____ _____

Il Medico Trapiantologo

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____,

sono stato informato dal Dott. _____ che:

il prodotto cellulare autologo a me riservato presenta le seguenti caratteristiche di non conformità:

□ positività per ricerca batteri (aerobi e/o anaerobi);

□ positività per ricerca miceti (funghi);

□ dose cellulare (cellule $CD34^+$) inferiore alla dose minima;

□ altro (unità danneggiata / non integra, etichettamento non conforme, mancata corrispondenza fra i dati, …) _____

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 possibili cure alternative e mi ritengo soddisfatto delle risposte che ho ricevuto. 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.

Consapevole per tanto dei rischi a me esposti e dello stato della mia malattia, acconsento a ricevere il prodotto cellulare autologo a me prelevato e riservato.

Firma del paziente _____ Data _____

Firma del Medico _____ Data _____

In caso di minore:

Firma del padre _____ Data _____

Firma della madre _____ Data _____

Firma del Medico _____ Data _____

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 _____

In caso di minore:

Firma del padre _____ Data _____

Firma della madre _____ Data _____

Firma del Medico _____ Data _____

Per ricevuta di una copia del consenso

_____