Nome e cognome (padre) _____

Data e luogo di nascita _____

Nome e cognome (madre) _____

Data e luogo di nascita _____

Noi sottoscritti, genitori del paziente minore _____

dichiariamo che ci sono stati illustrati in modo esauriente ed in termini che siamo stati 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 autologo di cellule staminali emopoietiche. In particolare, siamo stati informati che per il caso specifico di _____ e per la specifica malattia ematologica, il trapianto autologo proposto è gravato da:

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

Con la firma seguente _____

confermiamo che i suddetti punti sono stati da noi ben compresi e sono accettati.

Siamo stati inoltre informati che il protocollo di condizionamento al trapianto consisterà nella somministrazione di _____

_____

Rilasciamo inoltre pieno ed incondizionato consenso:

1) affinchè parte dei campioni biologici, prelevati o da prelevarsi, nell'ambito delle cure mediche concernenti il caso del paziente suddetto, 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 caso specifico;

Abbiamo avuto modo di discutere i rischi e i benefici della procedura trapiantologica con il Dr. _____ e abbiamo avuto modo di formulare ogni possibile domanda anche in merito alle possibile cure alternative e ci riteniamo soddisfatti delle risposte ricevute.

Abbiamo ricevuto materiale informativo scritto (PT-MO-CL-042) che ci ha aiutato a ben comprendere quanto illustratomi a voce. Siamo inoltre a conoscenza del nostro diritto a ritirare il consenso in ogni momento, consapevoli delle conseguenze che ciò comporta e che nostro/a figlio/a avrà diritto egualmente ad essere sottoposto/a alla migliore terapia alternativa prevista per il suo caso.

Pertanto sulla scorta di quanto sopra esposto:

- ☐ **Dichiariamo di acconsentire volontariamente alla procedura trapiantologica secondo il protocollo che ci è stato descritto.**

- ☐ **Dichiariamo di <u>NON</u> acconsentire alla procedura trapiantologica che ci è stata illustrata.**

Pescara, _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Firma del Medico che ha raccolto il consenso _____

Per ricevuta di una copia del consenso

_____

REVOCA DEL CONSENSO

Intendiamo revocare il nostro consenso precedentemente espresso e dichiariamo di aver compreso che il ritiro non pregiudicherà in alcun modo le cure assistenziali e i rapporti con i sanitari. Siamo stati informati che revocando il consenso al trapianto non sarà possibile portare a termine il programma terapeutico precedentemente proposto al paziente.

Firma del padre _____ Data _____

Firma della madre _____ Data _____

Firma del Medico _____ Data _____