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 allogenico di cellule staminali emopoietiche. Siamo stati inoltre informati che nel caso specifico 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, siamo stati informati che per il caso specifico e per la specifica malattia ematologica, il trapianto allogenico che ci 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 _____

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 sarà di tipo:

□ mieloablativo □ ridotta intensità

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:

_____

Rilasciamo inoltre pieno ed incondizionato consenso:

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

Abbiamo avuto modo di discutere i rischi e i benefici della procedura trapiantologica con il Dr. _____, abbiamo avuto modo di formulare ogni possibile domanda anche in merito alle possibile cure alternative e ci riteniamo soddisfatti delle risposte ricevute. Ci è stato consegnato materiale informativo scritto (PT-MO-CL-029) che ci ha aiutato a ben comprendere quanto illustrato a voce. Siamo inoltre a conoscenza del nostro diritto a revocare il consenso in ogni momento, consapevoli delle conseguenze che ciò comporta e che nostro figlio/a avrà diritto egualmente ad essere sottoposto alla migliore terapia alternativa prevista per il 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 _____