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 ed i potenziali benefici del trapianto autologo di cellule staminali emopoietiche.
In particolare, sono stato informato che per il mio specifico caso e per la mia specifica malattia ematologica, il trapianto autologo che mi viene proposto è gravato da:

Probabilità di complicanze mortali correlate al trapianto (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 consisterà nella somministrazione di _____

_____

Rilascio inoltre pieno ed incondizionato consenso:

1) affinchè 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.

Ho ricevuto materiale informativo (PT-MO-CL-042) scritto che mi ha aiutato a ben comprendere quanto illustratomi a voce. Sono inoltre a conoscenza del mio diritto a ritirare 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.

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 _____

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 _____

Per ricevuta di una copia del consenso

_____