Dichiarazione del Medico Trapiantologo:

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

□ sangue midollare □ sangue periferico □ sangue placentare / cordonale

prelevate al donatore □ familiare □ non consanguineo

selezionate per il paziente Sig. _____

nato il _____ a _____

rappresentano l'unico prodotto cellulare disponibile e compatibile e che la loro infusione risulta indispensabile e indifferibile per garantire la sopravvivenza del paziente stesso.

Data _____ _____

Il Medico

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____,

sono stato informato dal Dott. _____ che:

☐ il mio congiunto Sig. _____

nato a _____ il _____

in base agli accertamenti eseguiti risulta non eleggibile alla donazione di CSE da

□ sangue midollare □ sangue periferico a mio favore per le seguenti motivazioni:

_____

_____

☐ il prodotto trapiantologico a me riservato presenta le seguenti caratteristiche di non conformità:

_____

_____

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 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 dei rischi, dello stato della mia malattia e della mancanza di un donatore alternativo, acconsento a ricevere le CSE di _____

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

_____