

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Valle Olona	P.O. BUSTO A. SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE AZIENDALE RESP. DOTT. G. CROVETTI CARTELLA SANITARIA DONATORE DI SANGUE - EMOCOMPONENTI D. 2 NOVEMBRE 2015	Cod.: MOD01PrS01-SIMTBA Data 01/02/2016 Rev. 0 Pag. 1 a 7
--	---	--

Io sottoscritto/a

nato/a a

il

residente in via

n.

CAP

città

recapiti telefonici

e-mail (facoltativo)

acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e sensibili:

acconsento

non acconsento

al trattamento dei miei dati personali e sensibili.

Data

Firma del donatore

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

cognome e nome

qualifica

Data

Firma

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Valle Olona</p>	<p>P.O. BUSTO A. SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE AZIENDALE RESP. DOTT. G. CROVETTI CARTELLA SANITARIA DONATORE DI SANGUE - EMOCOMPONENTI D. 2 NOVEMBRE 2015</p>	<p>Cod.: MOD01PrS01-SIMTBA Data 01/02/2016 Rev. 0 Pag. 2 a 7</p>
--	---	--

CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO, EMOCOMPONENTI MEDIANTE AFERESI, CELLULE STAMINALI PERIFERICHE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

il _____

codice fiscale _____

dichiara di _____

- aver preso visione del materiale informativo e di averne compreso il significato;
- aver risposto in maniera veritiera al questionario anamnestico, essendo stato correttamente informato sul significato delle domande in esso contenute;
- essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato;
- aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulla procedura di donazione proposta;
- essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso;
- non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta;
- sottoporsi volontariamente alla donazione e che nelle 24 ore successive non svolgerà attività o hobby rischiosi.

Data _____ Firma del/della donatore/donatrice _____

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso _____