 <p>GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO "Bianchi Melacino Morelli" Reggio Calabria</p> <p>U.O.C. Servizio Immunotrasfusionale Direttore: Dott. Alfonso Trimarchi</p>	<p>CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE DI EMOCOMPONENTI</p>	<p>R.O21.6 Rev. 3 Data 08.01.2026 Pag. 1 di 3</p>
---	--	--

Io sottoscritto

Nato a

 il

C.F.

Residenza

Sono stat ☐ informat ☐ dal Dr./Dr.ssa

In caso di paziente straniero che non comprende la lingua italiana:

Io sottoscritto

Nato a

 il

traduttore dalla lingua Italiana alla lingua

per conto del Paziente

Nato a

 il

Dichiaro di essere in grado di spiegare perfettamente al paziente quanto descritto nel presente consenso e che il paziente è in grado di comprendere quanto descritto

Firma del traduttore _____

Che per le mie condizioni potrebbe essere necessario ricevere una o più trasfusioni di EMOCOMPONENTI OMOLOGHI

Globuli Rossi Concentrati


☐

Piastrine

☐

Plasma

☐

	CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE DI EMOCOMPONENTI	R.O21.6 Rev. 3 Data 08.01.2026 Pag. 2 di 3
--	---	--

COMUNICATO INFORMATIVO SULLA TRASFUSIONE DI SANGUE

Caro/Cara Paziente,

La trasfusione di sangue e di emocomponenti, come globuli rossi, piastrine, plasma o derivati del plasma, globuli bianchi, viene eseguita per:

- curare malattie del sangue;
- superare situazioni di pericolo per gravi perdite di sangue (per es. dopo incidenti, in occasione di interventi chirurgici, emorragie interne). I derivati del sangue raccolti in sacche o flaconi vengono trasfusi per via venosa.

Possibili complicazioni:


nonostante gli accurati controlli e trattamenti cui vengono sottoposti i derivati del sangue, non si può escludere con assoluta certezza la trasmissione di infezioni quali l'epatite C, B (itterizia), la malaria, infezioni sessuali, l'AIDS ed altre. Malgrado il controllo di compatibilità fra donatore e ricevente non si possono evitare, talvolta, reazioni lievi, come prurito, arrossamento della pelle, formazione di bolle cutanee, o brividi e febbre. Per alcune condizioni cliniche, inoltre, in cui potrebbero verificarsi delle interferenze ai comuni test pretrasfusionali (ad es. terapia con anticorpi monoclonali anti-CD38 o anti-CD47), è necessaria l'esecuzione di pre-trattamenti (DaraEx Plus/DTT) sui globuli rossi del donatore che, pur mitigando l'interferenza, non escludono la possibilità di reazioni trasfusionali non evidenziabili, per la potenziale distruzione di alcuni elementi dei globuli rossi, verso cui i pazienti potrebbero teoricamente avere sviluppato anticorpi. Raramente possono avverarsi reazioni più gravi a carico della circolazione (shock), oppure della respirazione. Solo in rari casi, in presenza di situazioni di grave pericolo di vita per il paziente, è necessario preparare sangue con procedura d'emergenza che potrebbe non prevedere tutti i test per la sicurezza della trasfusione. Talvolta in seguito a trasfusioni, si possono formare anticorpi che possono causare reazioni in trasfusioni successive, oppure, per le donne, complicazioni in gravidanze successive. Le trasfusioni eseguite ripetutamente nel corso dei mesi, o degli anni, determinano degli accumuli di ferro con conseguente danneggiamento degli organi colpiti. La trasfusione di grandi quantità di sangue (trasfusione massiva) può essere causa di alterazioni della coagulazione con pericolo di emorragia. La trasfusione, infine, può, in rari casi, produrre un'irritazione delle vene (flebite).

Possibili alternative alla trasfusione di sangue di donatori:

per alcune situazioni cliniche (per es. interventi chirurgici programmabili come l'impianto di protesi dell'anca, interventi di chirurgia vascolare e toracica ed altri), quando non esistono controindicazioni, si possono adottare tecniche alternative che evitano o limitano il ricorso alla trasfusione di sangue di donatore, come l'EMODILUIZIONE e l'AUTOTRASFUSIONE (trasfusione di sangue del paziente stesso) con sangue depositato prima dell'intervento, o recuperato durante l'intervento, oppure recuperato dopo l'intervento.

Con tali metodiche possono essere evitate le possibili complicanze della terapia trasfusionale con sangue di donatore. I medici curanti valutano con molta attenzione i vantaggi e gli svantaggi del trattamento trasfusionale e decidono l'esecuzione della terapia trasfusionale solo quando i vantaggi sono decisamente superiori ai rischi. Essi sono anche disponibili per ogni ulteriore informazione riguardo alla terapia trasfusionale.

Il Medico _____

 <p>GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO "Bianchi Melacino Morelli" Reggio Calabria</p> <p>U.O.C. Servizio Immunotrasfusionale Direttore: Dott. Alfonso Trimarchi</p>	<p align="center">CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE DI EMOCOMPONENTI</p>	<p>R.O21.6 Rev. 3 Data 08.01.2026 Pag. 3 di 3</p>
---	---	--

Io sottoscritto

Nato a il

C.F.

Residenza

Ho letto l'informativa e ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal Dr./Dr.ssa

sia in ordine alle mie condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla trasfusione come a quelli che potrebbero derivarmi se non mi sottoponessi alla trasfusione. Ho richiesto le seguenti ulteriori informazioni:

1. _____
2. _____
3. _____

ACCONSENTO ☐

ad essere sottoposto alle trasfusioni o alla somministrazione di emoderivati che si rendono necessarie per tutta la durata della terapia, che le notizie riguardanti il trattamento, limitatamente a quelle che potrebbero rivelarsi utili ai fini della mia salute, vengano trasmesse al mio medico curante, dott. _____ e che tale consenso può essere revocato in qualsiasi momento qualora lo ritenessi opportuno. Dichiaro che il mio consenso è espressione di una libera decisione, non influenzata da promesse di denaro o di altri benefici, né da obblighi di gratitudine o di amicizia e/o parentela nei confronti del medico. Che i dati anagrafici e sensibili siano gestiti dall'UO che mi ha fornito il trattamento, nel rispetto della legge sulla privacy.

Che i risultati acquisiti dal trattamento e i dati ad esso associati siano utilizzati in forma anonima per lo sviluppo di nuove terapie/procedure e pubblicazioni scientifiche.

NON ACCONSENTO ☐

ad essere sottoposto alle trasfusioni di emocomponenti che si rendono necessarie per tutta la durata della terapia

Data: _____ Ora: _____ Firma del paziente/tutore: _____

In caso di paziente minorenne:

Firma di entrambi i genitori o del tutore legale o dell'amministratore di sostegno

Padre: _____ Firma _____

Madre: _____ Firma _____

Tutore _____ Firma _____

Data: _____ Ora: _____ Firma e timbro del medico che acquisisce il consenso: _____