

Io sottoscritto

Nato a il

C.F.

Residenza

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

Io sottoscritto

Nato a il

traduttore dalla lingua Italiana alla lingua dichiaro di essere in grado di
spiegare perfettamente al paziente

Nato a il

quanto descritto nel presente documento e che il paziente ha compreso quanto indicato.

Firma del traduttore _____

DICHIARO:

- Di essere stato informato sulla possibilità che per le mie condizioni potrebbe essere necessario ricevere una o più trasfusioni di EMOCOMPONENTI OMOLOGHI:

Globuli Rossi Concentrati ☐ Piastrine ☐ Plasma Fresco Congelato ☐
- Di aver ricevuto dal Dr./Dr.ssa,
ad integrazione, copia del foglio informativo consegnatomi in tempo utile da permettermi di leggerlo con attenzione e maturare eventuali dubbi da chiarire con il medico
- Di aver ricevuto un’informazione comprensibile ed esauriente sull’atto sanitario proposto
- Di essere stato informato sulle modalità di esecuzione, dei potenziali benefici e delle possibili complicazioni del trattamento proposto
- Di essere stato informato sulla possibilità di poter revocare il consenso espresso

G.O.M. "B.M.M." Reggio Calabria Servizio di Immuno-Ematologia e Trasfusionale	CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE DI EMOCOMPONENTI	R.O21.6 Rev. 4 Data 12/02/2026 Pag. 2 di 2
--	---	---

ACCONSENTO

☐

- ad essere sottoposto alle trasfusioni di emocomponenti che si rendono necessarie per tutta la durata della terapia.
- ad informare delle notizie riguardanti il trattamento, limitatamente a quelle che potrebbero rivelarsi utili ai fini della mia salute, a _____

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.

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: _____