

	Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo PAVIA	MODULO	N° Identif : MOD-01-IST-COR-08
			Rev. : 02
Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale	MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE SCO ALLOGENICA-SOLIDARISTICA		Banca Sangue Placentare
			Data di prima emissione : 5/10/2004
			Data ultima revisione: 30/12/2015
			Pagina 1 di 1

DATI MATERNI

Sig.^{ra} (nome e cognome).....
Luogo **e data di nascita**
Indirizzo.....
Tel. **e-mail**.....

BAR CODE
DELLA MADRE
(BIANCO)

◆ Dichiaro di avere compreso le informazioni riportate nell'All.A-sco e All.C-sco riguardo alle modalità di raccolta, manipolazione e conservazione, i possibili rischi e benefici e le alternative alla partecipazione a questo programma, e all'utilizzo del mio sangue placentare **a scopo ALLOGENICO SOLIDARISTICO per individui non a me imparentati.**

- ◆ Dichiaro di avere avuto la possibilità di chiedere chiarimenti e ricevere spiegazioni.
- ◆ Ho compreso di avere il diritto di NON aderire a questo programma senza pregiudizi.
- ◆ Ho compreso che il mio consenso non obbliga la Banca ed il personale ostetrico alla raccolta.
- ◆ Sono consapevole dell'assenza di spese aggiuntive a mio carico collegate alla raccolta, manipolazione e conservazione del sangue cordonale, in accordo con la legge vigente.
- ◆ Rinuncio in futuro ad avanzare diritti sulla donazione di sangue cordonale. In particolare, ho compreso che io e la mia famiglia non ne avremo più la proprietà, che la donazione sarà resa disponibile per altri individui e che non sarà necessariamente ancora disponibile per la mia famiglia in futuro.
- ◆ Sono consapevole dell'assenza di spese aggiuntive così come dell'assenza di privilegi o vantaggi economici associate alla donazione, la quale sarà conservata presso una Banca pubblica.
- ◆ Accetto di fornire informazioni per un'accurata anamnesi personale e familiare e che il personale preposto possa consultare la mia cartella clinica e quella di mio figlio.
- ◆ Autorizzo il prelievo di campioni (materni, di sangue cordonale e DNA) per l'esecuzione di test infettivologici, genetici e di tipizzazione tessutale e di ogni altro test necessario, e la conservazione di tali campioni per future indagini. In caso di positività o di test indeterminato o patologico, accetto di venirne informata.
- ◆ Accetto che siano determinati su un prelievo del mio sangue (uno **al momento del parto** e uno, se necessario, **alla visita di controllo a sei mesi-1 anno dal parto**) gli accertamenti rivolti a escludere il rischio di malattie trasmissibili (incluso il test per HIV).
- ◆ Accetto che sia mantenuto indefinitamente il legame tra me e mio figlio e l'unità di sangue cordonale ed autorizzo la Banca a contattarmi in futuro per un follow-up.
- ◆ Autorizzo l'utilizzo dei dati personali e l'eventuale consultazione della mia cartella clinica da parte del personale preposto, come stabilito dalla legge vigente in materia di trattamento dei dati personali (DPR 318/99 e successive modifiche). Tali dati rimarranno comunque confidenziali.
- ◆ Autorizzo che le informazioni riguardanti la donazione, inclusa la valutazione d'idoneità, siano condivise con registri nazionali ed internazionali e altri individui, come appropriato.
- ◆ **Acconsento alla donazione del sangue cordonale.**
- ◆ **Acconsento a che tale donazione, qualora non idonea al bancaggio, sia eliminata o utilizzata a scopo di ricerca.**

Data: Firma della madre:.....

Il personale sanitario che ha fornito le informazioni, raccolto l'anamnesi ed ottenuto il consenso informato:

(nome e firma)

DATI DEL NEONATO

Cognome.....
Nome.....
Luogo.....**data di nascita**.....**ora**.....
Clinica/Ospedale.....
Sesso M F **Etnia**.....
Settimane di gestazione..... **Tipo di parto** vie naturali vaginale distocico taglio cesareo
Peso.....g. **n° di braccialetto**.....
Cognome e nome del padre.....

BAR CODE
DEL NEONATO
(VERDE)

Allegati: All.A-sco and All.C-sco, versione corrente