

**CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritto/a .....

Cod. Fisc. n.....

nato a ..... il /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

residente a .....

Via .....

Città.....Provincia.....

Etichetta anagrafica  
paziente

**SONO STATO INFORMATO CHE:**

1. la mia personale situazione clinica potrà trarre beneficio dall'utilizzo terapeutico del.....autologo per uso topico/infiltrativo/intra-articolare;
2. la riparazione/rigenerazione dei tessuti è facilitata dalla somministrazione di fattori di crescita piastrinici prelevati dal mio sangue e applicati nella sede da riparare/rigenerare;
3. per la preparazione del ..... autologo per uso topico, è necessario effettuare un prelievo del mio sangue;
4. il prelievo suddetto verrà lavorato e concentrato secondo i criteri di sterilità nel più breve tempo possibile in un sistema dedicato e certificato; per ottenere un adeguato numero di piastrine il volume di sangue che mi dovrà essere prelevato è modesto e ciò non comporta né rischi né esiti;
5. non sono stati segnalati effetti collaterali indesiderati a breve termine;
6. come tutti gli emocomponenti, anche il ..... autologo per uso topico non è esente da rischi (esempio: contaminazione batterica);
7. il ..... è un prodotto autologo per uso topico ed è utilizzato da oltre un decennio per indurre la riparazione/rigenerazione dei tessuti; non sono descritte in letteratura reazioni indesiderate.

**PRESO ATTO DI QUANTO SOPRA, CONSAPEVOLMENTE E LIBERAMENTE ACCONSENTO AL TRATTAMENTO CON EMOCOMPONENTI PER USO NON TRASFUSIONALE SOPRA INDICATI**

**DATA : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ FIRMA DEL PAZIENTE \_\_\_\_\_**

**DICHIARAZIONE DEL MEDICO RESPONSABILE DELL'INFORMATIVA AL PAZIENTE**

Io sottoscritto Dott. ....confermo e attesto, contestualmente alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa, a mio avviso, ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto, punto per punto.

**DATA : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_**

