

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a
 Cod. Fisc. n.....
 nato a il /___/___/___/
 residente a
 Via
 Reparto


SONO STATO INFORMATO CHE:

1. la mia personale situazione clinica potrà trarre beneficio dall'utilizzo terapeutico del..... autologo per uso topico;
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;
5. per ottenere un adeguato numero di piastrine mi dovrà essere prelevata una modica quantità di sangue e questo non comporta di per sé né rischi né esiti;
6. non sono noti effetti collaterali indesiderati a breve termine;
7. come tutti gli emocomponenti, anche il autologo per uso topico non è esente da rischi (esempio: contaminazione batterica);
8. il è un prodotto autologo per uso topico ed è utilizzato da oltre un decennio per indurre la riparazione/rigenerazione dei tessuti e 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 _____

