



Consenso alla trasfusione di sangue ed emoderivati

(Decreto Ministero della Sanità 1/9/95)

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
sono stato/a informato/a dal Dr. _____ che per le mie condizioni
cliniche potrebbe essere necessario ricevere trasfusioni di sangue omologo, emocomponenti e/o
emoderivati, che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la
trasmissione del virus HIV, dell'epatite, etc), e che nel mio caso l'autotrasfusione non è attuabile.
Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal medico, sia in ordine alle mie condizioni cliniche,
sia ai possibili rischi connessi alla trasfusione, come a quelli che potrebbero derivarmi se non mi
sottoponessi alla trasfusione.
Quindi **acconsento/ non acconsento** ad essere sottoposto, presso il mio domicilio, al trattamento
trasfusionale.

Data, _____

Firma _____