

Consenso Informato



Nome e
Cognome _____

Data di nascita _____

Domicilio _____

Tel. _____

- ✓ Dichiaro la mia disponibilità alla raccolta e alla donazione del sangue placentare.
- ✓ Il sangue placentare raccolto sarà messo a disposizione di altri soggetti e non sarà necessariamente disponibile per il mio bambino o per la sua famiglia.
- ✓ Sono stata informata che l'unità di sangue placentare non idonea all'inserimento nella Banca, non verrà conservata e potrà essere utilizzata con finalità di laboratorio.
- ✓ Sono stata informata che la donazione di sangue placentare non comporterà spese a mio carico e non trarrò nessun vantaggio o diritto dalla donazione.
- ✓ Sono stata informata che la raccolta del sangue placentare non comporta rischi per me e per il bambino perchè viene effettuata dopo la sua nascita.
- ✓ Sono stata informata della necessità di sottopormi ad un colloquio per raccogliere un'anamnesi personale, della mia famiglia e del padre del bambino.
- ✓ Acconsento a sottopormi ad un prelievo di 15-20 ml di sangue periferico al momento del parto e dopo 6 mesi dalla donazione, qualora il cordone risultasse idoneo, per effettuare gli esami previsti dalla legge, per la sicurezza della donazione e per lo studio della compatibilità.
- ✓ Acconsento alla conservazione di campioni di sangue sui quali effettuare ulteriori indagini da eseguire allo scopo di accertare l'idoneità dell'unità di sangue placentare.
- ✓ Autorizzo l'esecuzione di test genici eseguiti allo scopo di accertare l'idoneità del sangue placentare raccolto ed acconsento ad essere informata, direttamente o tramite il mio medico curante, in caso di positività dei test.
- ✓ Autorizzo la Banca Toscana di Sangue Placentare a richiedere la consultazione della mia cartella clinica, allo scopo di valutare la correttezza e l'esattezza dei dati raccolti, secondo modalità tali da garantire la riservatezza e la confidenzialità dei dati ai sensi della normativa vigente sulla privacy.
- ✓ Dichiaro di non avanzare in futuro dei diritti sul campione di sangue di cordone e sono informata che i dati della sua tipizzazione saranno inseriti in un Registro Internazionale di Donatori di Sangue di Cordone, con modalità tali da garantire la più assoluta segretezza.

Data

Firma della Donatrice

Firma dell'operatore sanitario

