

# 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

\_\_\_\_\_