****

**CONSENSO INFORMATO A EMOTRASFUSIONE**

Questa informazione sulla pratica dell’emotrasfusione viene presentata a:

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME | NOME |
| DATA DI NASCITA | LUOGO DI NASCITA |

Dal Dr. ……………………………………………………………………

**MOTIVAZIONI CLINICHE PER CUI SI PROPONE AL PAZIENTE IL TRATTAMENTO DI EMOTRASFUSIONE:**

* Carenza di globuli rossi (anemia)
* Carenza di piastrine (piastrinopenia)
* Carenza di fattori di coagulazione
* Intervento chirurgico di……………………………………………………………..che potrebbe causare gravi perdite ematiche

INFORMAZIONI RIGUARDO IL TRATTAMENTO:

* AUTOLOGA (da predeposito di sangue proprio o da recupero perioperatorio di sangue proprio)
* ETEROLOGA (da donatore)

Si informa che qualora la quantità di sangue autologo e/o di recupero perioperatorio reinfusa risulti insufficiente potrebbe essere necessario ricorrere a una ulteriore trasfusione di sangue eterologo.

**BENEFICI**:

La trasfusione si propone di migliorare le condizioni cliniche del paziente e di correggere i deficit ematologici al fine di garantire una corretta ossigenazione dei tessuti e una corretta coagulazione.

**CONSIDERAZIONI GENERALI DEL RISCHIO TRASFUSIONALE**:

Il trattamento trasfusionale, anche se correttamente condotto, espone il ricevente a rischi diversi e per tale motivo deve essere riservato a quelle condizioni nelle quali esista una razionale indicazione e non sia sostituibile da terapie alternative quali trattamento con: eritropoietina, ferro, vit B12, acido folico che agiscono però nel corso di giorni o settimane. Il termine “rischio trasfusionale” viene immediatamente associato al concetto di “rischio infettivo” trasfusione-correlato; in realtà sta assumendo oggi sempre maggior evidenza clinica ed è oggetto di crescente studio da parte della comunità scientifica mondiale il “rischio immunologico” indotto dalla trasfusione omologa. Esiste anche un “rischio fisico e metabolico” associato alla trasfusione di emocomponenti. Viene definito “reazione trasfusionale” qualunque effetto indesiderato correlato in modo causale alla trasfusione. Le reazioni trasfusionali possono essere classificate in IMMEDIATE (si manifestano nel corso della trasfusione e/o a distanza di minuti od ore dal termine della stessa e comunque non oltre 24 ore) e RITARDATE (compaiono a distanza di giorni, mesi o anni dalla somministrazione del sangue), in funzione della modalità di comparsa, e in IMMUNOLOGICHE e NON IMMUNOLOGICHE (infettive e fisico-metaboliche) in funzione del meccanismo patogenetico che le sostiene (vedi allegato). E’ difficile determinare un singolo valore per una valutazione complessiva del rischio trasfusionale. Effetti collaterali durante o subito dopo il termine della trasfusione si verificano nell’1-3% dei casi. L’incidenza di effetti collaterali a lungo termine è più variabile, poiché molti di questi sono secondari alla trasmissione di malattie, la cui probabilità dipende dalla prevalenza di tali malattie nella popolazione donante emocomponenti.

**RISCHI PIU’ FREQUENTI CONNESSI CON IL TRATTAMENTO:**

* **infezioni**: HIV e Epatite C (circa 1 su 2.000.000); Epatite B (circa 1 su 58.000 – 149.000); Infezioni batteriche (circa 1 su 2.000)
* **immunologiche**: Reazioni emolitiche acute(circa 1 su 25.000); Reazioni emolitiche ritardate(circa 1 su 1.000); Orticaria (1 su 4.000); Reazione anafilattiche ( 1 su 20.000); Reazioni febbrili non emolitiche (1 su 100); Brividi ( 1 su 1.000); Edema polmonare non cariogeno TRALI ( 1 su 5.000); Allo-imunizzazione (1 su 100); Porpora post trasfusionale (rara);
* **non immunologiche**: Sovraccarico di ferro; Sovraccarico di circolo

Per maggiori informazioni sui rischi si rimanda alla scheda informativa che viene consegnata all’atto della firma del consenso stesso.

**DICHIARAZIONE DEL MEDICO:**

Io sottoscritto Dr……………………………………………… dichiaro di avere informato il paziente sulle sue condizioni cliniche e sui relativi trattamenti in modo chiaro, con linguaggio semplice, assicurandomi della sua comprensione, di avere risposto alle sue domande e di prendere atto della sua decisione di seguito espressa.

Data

Firma de medico

**DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE IN MERITO AI CONTENUTI DELL’INFORMAZIONE RICEVUTA**:

Io sottoscritto ………………………………………………………………. capace di intendere e di volere e in grado di capire la lingua italiana dichiaro di essere stato adeguatamente informato circa i benefici, i rischi prevedibili, le possibili complicanze prevedibili e le eventuali alternative possibili riguardo la terapia o il trattamento propostomi; dichiaro inoltre di avere avuto il tempo necessario per la lettura e la comprensione di quanto contenuto, di avere posto al Medico Compilatore nella persona del Dr ………………………………........................... tutte le eventuali domande di chiarimento che ho ritenuto opportuno ricevendone chiara ed esplicativa risposta e dimostrando allo stesso di averne compreso il significato. Sono stato inoltre informato del diritto di potere revocare il mio consenso in qualsiasi momento prima che la terapia o intervento non sia più arrestabile. A tal fine dichiaro che:

|  |  |
| --- | --- |
| ACCONSENTO alla terapia trasfusionale con unità da donatore (eterologa) | 🞎 SI 🞎 NO |
| ACCONSENTO al prelievo e alla conservazione di sangue prima dell’intervento (predeposito) | 🞎 SI 🞎 NO |
| ACCONSENTO allo smaltimento del sangue auto donato alla naturale scadenza | 🞎 SI 🞎 NO |
| ACCONSENTO al recupero ematico perioperatorio (intra e post-operatorio) | 🞎 SI 🞎 NO |
| DICHIARO di avere ricevuto scheda informativa sui rischi da emotrasfusione | 🞎 SI 🞎 NO |

Data

Firma del paziente

Firma del Tutore/Amministratore

**CASI PARTICOLARI:**

Qualora il soggetto che deve prestare il consenso sia MINORENNE il consenso stesso è validamente prestato da chi esercita la patria potestà o la tutela legale. Qualora vi sia un unico genitore con la presente sottoscrizione il firmatario dichiara di esercitare congiuntamente la patria potestà, ovvero di essere l’unico esercente la patria potestà esonerando da ogni responsabilità la struttura e i suoi medici per ogni atto conseguente alla mendace affermazione ed accollandosene gli oneri.

In caso di esercizio della patria potestà disgiunto sarà indispensabile la sottoscrizione di entrambi gli esercenti la patria potestà ovvero di procura notarile dell’esercente la patria potestà che non sottoscrive ovvero di dichiarazione con la quale si attribuisce la facoltà di sottoscrivere il consenso all’altro genitore munita di dichiarazione di autenticità della firma.

Se il minore ha più di 14 anni oltre alla firma dei genitori (o del tutore) deve essere presente sul consenso informato anche la firma dello stesso minore.

Qualora il soggetto che deve prestare il consenso sia INTERDETTO il consenso stesso è validamente prestato da chi esercita la tutela legale.

Qualora il soggetto che deve prestare il consenso sia INABILITATO il consenso stesso è validamente prestato da chi esercita la tutela legale; in mancanza di tutore/amministratore legale il medico curante agisce secondo scienza e coscienza come attestato sul diario clinico.

Io sottoscritto

* 🞎 genitore di
* 🞎 tutore legale di

Dichiaro che:

Il padre Sig

La madre Sig.ra

Altro tutore legale

è irreperibile e pertanto esercito in modo esclusivo la patria potestà (ex art 317 Codice Civile). Mi assumo quindi la piena responsabilità della firma dei consensi informati relativi all’intervento del minore …………………………………………………………………………..

Data

Firma

Io sottoscritto Dr ……………………………………………… in qualità di medico curante attestata la mancanza di Tutore/Amministratore Legale dichiaro l’attuale inabilità del paziente ad esprimere consenso alla trasfusione e procedo pertanto all’esecuzione del trattamento preposto

Data

Firma del medico curante e timbro