



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA PISANA

S.D. CHIRURGIA GENERALE

Responsabile Prof. Giulio Di Candio

Pisa, lì 04/10/2017

Il/la sottoscritto/a Sig./Sig.ra BIRTWISTLE JEFFREY

nato/a il 23/12/1953 in GRAN BRETAGNA

- Ricoverato/a il 01/09/2017 presso questa Unità Operativa
- Parente (indicare il grado di parentela) _____ del
Sig./Sig.ra _____ ricoverato/a il ____/____/____ presso
questa Unità Operativa

Dichiara di essere stato informato in modo chiaro e comprensibile dalla Dott. M. BIANCHINI circa la natura della patologia, della sua storia naturale e delle procedure diagnostiche e terapeutiche proposte:

CONFEZIONAMENTO DI PSEUDOCISTOGASTROANASTOMOSI /
PSEUDOCISTODIGIUNOANASTOMOSI ROBOT-ASSISTITA, COLECISTECTOMIA,
EVENTUALE NECROSECTOMIA, EVENTUALE TOILETTE PERITONEALE, EVENTUALE
CONVERSIONE LAPAROSCOPICA / LAPAROSCOPICA HAND-ASSISTED / LAPAROTOMICA.

Esprime con la presente dichiarazione il proprio formale consenso alle indagini diagnostiche ed agli interventi terapeutici dei quali necessita

* egli stesso

* il proprio congiunto

È a conoscenza del fatto che l'operatore, in corso di intervento, possa prendere decisioni diagnostiche e terapeutiche anche diverse da quelle prevedibili preoperatoriamente.

Firma _____

Il medico: _____

firma: _____

Testimone nome: _____

firma: _____

Testimone nome: _____

firma: _____

Az. Osp. - Univ.
Pisana

INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO
TRASFUSIONE DI SANGUE INTERO,
EMOCOMPONENTI E EMODERIVATI

T.01/P.A.25*

Rev. 03
del 10/06/2016

Pag. 1 di 2

U.O. _____

SEZIONE INFORMATIVA

Che cos'è e a cosa serve?

La trasfusione di sangue intero, di emocomponenti o di emoderivati è una procedura che serve nel caso che una o più delle componenti ematiche (globuli rossi globuli, globuli bianchi, piastrine, fattori della coagulazione, proteine plasmatiche) siano carenti.

Motivo della procedura (da compilare a cura del medico che acquisisce il consenso)

La terapia trasfusionale mi è stata proposta per la seguente indicazione:

Come si esegue?

La procedura si esegue infondendo i globuli rossi o le piastrine o i componenti plasmatici direttamente in vena, seguendo e rispettando tutte le norme prescritte dalle disposizioni di legge e dalle procedure trasfusionali (corretta identificazione del paziente, del suo gruppo sanguigno e dell'emocomponente assegnato).

Quali possono essere i rischi e le complicanze?

Il sangue è stato controllato secondo le vigenti disposizioni di legge: nonostante ciò non è possibile escludere completamente rischi ed effetti collaterali; tra questi:

- ✓ reazioni allergiche che possono provocare prurito ed eruzioni cutanee,
- ✓ disturbi cardio-circolatori o respiratori,
- ✓ reazioni lievi come febbre e brividi,
- ✓ trasmissione di malattie infettive (attualmente, con gli attuali test diagnostici, estremamente rara).

Se durante la trasfusione si presentano segni di incompatibilità questa sarà immediatamente sospesa.

In caso di frequenti trasfusioni un eccesso di ferro può provocare danni agli organi soprattutto al fegato, al cuore e al pancreas.

Dopo la trasfusione di emocomponenti si possono formare anticorpi che potrebbero causare reazioni di incompatibilità in successive trasfusioni o gravidanze.

Quali sono le conseguenze della mancata sottoposizione al trattamento sanitario consigliato?

Le conseguenze a cui andrei incontro in caso di rifiuto della terapia trasfusionale sono direttamente correlabili al motivo per cui essa viene richiesta. Nel caso specifico:

anemia, shock emorragico,

ma se

Az. Osp. – Univ. Pisana U.O. _____	INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO TRASFUSIONE DI SANGUE INTERO, EMOCOMPONENTI E EMODERIVATI	T.01/P.A.25* Rev. 03 del 10/06/2016 Pag. 2 di 2
--	---	---

SEZIONE ANAGRAFICA E CONSENSO	
Io sottoscritto/a (nome)	(cognome)
Nato/a il <u>23/12/53</u>	residente a _____
Se necessario Legale rappresentante di _____ nato/a il _____	
Informato dal dott. ¹ _____	
dichiaro di: <input checked="" type="checkbox"/> aver letto la sezione informativa, <input checked="" type="checkbox"/> aver avuto l'opportunità di richiedere ulteriori informazioni al medico, <input checked="" type="checkbox"/> aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite, la natura, la finalità, i benefici, le eventuali alternative e gli eventuali rischi del trattamento, e pertanto acconsento a sottopormi a questa procedura, <input checked="" type="checkbox"/> essere stato informato delle conseguenze negative per la salute a cui mi esporrò nel caso in cui non mi sottoponga al trattamento consigliatomi, <input checked="" type="checkbox"/> essere stato informato che in ogni momento posso revocare il mio consenso.	
SEZIONE DA COMPIRE SOLO IN CASO DI DISSENSO	
dichiaro di: <input type="checkbox"/> aver letto la sezione informativa, <input type="checkbox"/> aver avuto l'opportunità di richiedere ulteriori informazioni al medico, <input type="checkbox"/> aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite, la natura, la finalità e gli eventuali rischi di questo trattamento e le complicanze che ne possono derivare e pertanto NON acconsento a sottopormi ad esso. Dichiaro infatti espressamente e consapevolmente di non volere accettare in alcun modo il rischio delle conseguenze negative sulla mia salute che ne potrebbero derivare, preferendo invece espormi alle conseguenze comunque negative per la mia salute derivanti dalla mancata effettuazione del trattamento sanitario consigliatomi, <input type="checkbox"/> essere stato informato delle conseguenze a cui mi esporrò nel caso in cui non mi sottoponga al trattamento consigliatomi <input type="checkbox"/> essere stato informato che in ogni momento posso revocare il dissenso.	
Data e firma del paziente o del legale rappresentante _____	
Data, firma e timbro del medico _____	

¹ Riportare nome e cognome in stampatello a cura del medico che acquisisce il consenso

² In caso di paziente minorenne devono firmare entrambi i genitori.

* Modello redatto in conformità alla I.A.01 "Acquisizione del consenso informato" ed al D.M. 02/11/2015