

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Poliklinico S. Orsola-Malpighi <i>Istituto di Ematologia</i> "Lorenzo e Ariosto Seragnoli"</p>	<p>REPORT DI SERVIZIO DICHIARAZIONE DI CONSENSO/DISSENSO INFORMATO NELLA FASE DIAGNOSTICO/TERAPEUTICA (MODELLO A)</p>	<p>RS20 Rev.00 08.10.2007 pag. 1 di 2</p>
--	---	---

Dichiarante:

Mia sottoscrittrice	Residente in	Via
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Informata dal Prof.Dott. Sergio Di Marco

Nome e Cognome in stampatello

- sulla natura della malattia da cui sono affetto/a e precisamente leucopenia parziale
- adeguatamente informato/a sulla necessità delle procedure diagnostico/terapeutiche elencate di seguito e sugli eventuali rischi ad esse connessi, così come sulla
- possibilità impossibilità di effettuare indagini alternative di pari efficacia
- adeguatamente informato/a che l'iter diagnostico/terapeutico potrà essere modificato senza che ne venga data informazione solo in situazioni diverse da quelle accertate ed esclusivamente nel caso in cui sia tecnicamente impossibile fare diversamente
- adeguatamente informato/a che la terapia indicata è la più adeguata, sulla base delle conoscenze attuali, al fine di migliorare o recuperare lo stato di salute
- resa consapevole sia delle probabilità di risultato positivo che della toxicità hematologica ed extraematologica legata all'utilizzo di farmaci chemioterapici antineoplastici, così come dei rischi correlati all'impiego delle procedure indicate, quali
- > pneumotorace e/o trombosi dei vasi sovraortici secondari a posizionamento di Catetere Venoso Centrale
 - > nausea, vomito, alopecia, mucuscelle del cavo orale e del tratto gastroenterico
 - > febbre chimica e/o danno tessutale secondari ad infusione o stravaso dei suddetti farmaci
 - > rischio infettivo ed emorragico, compromissione fetale e rischio teratogenetico
 - > tossicità d'organo specificamente correlata ai singoli farmaci da utilizzare, così come spiegata dal Medico
- resa consapevole che l'eventuale interruzione del trattamento, su mia richiesta, può pregiudicare il risultato terapeutico atteso esponendomi ad eventuali ulteriori rischi
- adeguatamente informato/a sui rischi e benefici di eventuali trattamenti alternativi
- informato che è garantita la riservatezza dei dati personali sanitari, utilizzabili per eventuali studi o pubblicazioni scientifiche
- valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto mi è stato esposto e sopra sinteticamente riportato

Dichiara

- di essere di non essere In stato di gravidanza
- di essere stato informato/a circa la possibilità non possibilità di effettuare la raccolta e criopreservazione di
 ovocisti spermatozoi
- di avere ricevuto un opuscolo esplicativo sulle procedure diagnostico/terapeutiche
- di aver ricevuto un'informativa sul trattamento dei dati personali relativi al trapianto di cellule staminali emopoietiche

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera - Universitaria di Bologna
Policlinico S. Orsola-Malpighi

Istituto di Ematologia
"Lorenzo e Ariosto Seragnoli"

REPORT DI SERVIZIO
DICHIARAZIONE DI CONSENSO/DISSENSO INFORMATO
NELLA FASE DIAGNOSTICO/TERAPEUTICA
(MODELLO A)

RS20
Rev.00
08.10.2007
pag.2 di 2

Dichiara altresì quanto segue:

consento [si o no] ad essere sottoposto alle procedure diagnostico/terapeutiche sotto singolarmente esplicitate

Ricerca anticorpi anti-HIV

consenso non consenso

firma

Posizionamento di Catetere Venoso Centrale

consenso non consenso

firma

Biopsie midollari ed osteomidollari

consenso non consenso

firma

Terapia emotrasfusionale

consenso non consenso

firma

Terapia antibrastica

consenso non consenso

firma

Gemoterapia ed Oracoltelio

consenso non consenso

firma

Accordo

Non accordo
all'invio dei miei dati, una volta resi non identificabili, ai Registri situati fuori dell'UE e al loro utilizzo negli studi condotti ai di fuori dell'UE.

Autorizzo i sanitari a fornire informazioni relative al mio stato di salute all'ai sottoscritto/i.

1)

(NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

2)

(NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

(FIRMA DEL DICHIARANTE)

Guillermo Mombelli

(FIRMA DEL MEDICO)

1)

(TESTIMONE : NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

2)

(TESTIMONE : NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

1)

(DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO) (RILASCIATO IN DATA)

2)

(DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO) (RILASCIATO IN DATA)

1)

(FIRMA DEL TESTIMONE)

2)

(FIRMA DEL TESTIMONE)

(INTERPRETE : NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

(DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO – RILASCIATO IN DATA)

(FIRMA DELL'INTERPRETE)

Bologna, il

[REDAZIONE]

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
 EMILIA-ROMAGNA
 Azienda Ospedaliera - Università di Bologna
 Policlinico S. Orsola-Malpighi
Istituto di Ematologia
"Lorenzo e Astete Scagliaoli"

REPORT DI SERVIZIO
DICHIARAZIONE DI CONSENSO/DISSENSO INFORMATO
NELLA FASE DIAGNOSTICO/TERAPEUTICA
(MODELLO A)

RS20
Rev.02

pag.2 di 3

Dichiara altresì quanto segue:

consento [si o no] ad essere sottoposto alle procedure diagnostiche/terapeutiche sotto singolarmente elencate

Ricerca anticorpi anti-HIV	<input type="checkbox"/> consenso <input type="checkbox"/> non consenso	firma _____
Posizionamento di Catetere Venoso Centrale	<input type="checkbox"/> consenso <input type="checkbox"/> non consenso	firma _____
Biopsie midollari ed osteomidollari	<input type="checkbox"/> consenso <input type="checkbox"/> non consenso	firma _____
	<input type="checkbox"/> consenso <input type="checkbox"/> non consenso	firma _____
	<input type="checkbox"/> consenso <input type="checkbox"/> non consenso	firma _____
Terapia emotrasfusionale	<input type="checkbox"/> consenso <input type="checkbox"/> non consenso	firma _____
Terapia antibiologica <i>Geno-Helixus</i> & <i>Anti-D</i>	<input checked="" type="checkbox"/> consenso <input type="checkbox"/> non consenso	firma 
Intusione di cellule staminali emopoietiche	<input type="checkbox"/> consenso <input type="checkbox"/> non consenso	firma _____

- Essendo stato adeguatamente informato riguardo alle procedure di raccolta, utilizzo e archiviazione dei dati e alle conseguenze della loro condivisione con il GITMO, l'EBMT, il CIBMTR, il NMDP e consapevole che, in caso di mancata compilazione di quanto sotto riportato non potranno essere fornite notizie sul mio stato di salute ad altri
- Accenso** Non accenso
- Accenso** alla condivisione con i Registri di cui sopra dei dati relativi al mio trapianto, una volta che i dati stessi siano resi non identificabili
- Accenso** Non accenso all'invio dei miei dati, una volta resi non identificabili, ai Registri situati fuori dell'UE e al loro utilizzo negli studi condotti al di fuori dell'UE

> Dichiarazione del Medico

I sottoscritto conferma di avere esaurientemente spiegato quanto sopra sinteticamente riportato, ed in particolare il processo di raccolta e di archiviazione dei dati personali relativi alla procedura di trapianto di cellule staminali emopoietiche, al sopraddetto paziente, che dichiara di aver pienamente compreso le spiegazioni.


(FIRMA DEL MEDICO)

1) _____
(TESTIMONE: NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

2) _____
(TESTIMONE: NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

1) _____
(DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO) (RILASCIATO IN DATA)
 1) _____
(FIRMA DEL TESTIMONE)

2) _____
(DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO) (RILASCIATO IN DATA)
 2) _____
(FIRMA DEL TESTIMONE)

(INTERPRETE: NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO - RILASCIATO IN DATA

Bologna, 

(FIRMA DELL'INTERPRETE)

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
 EMILIA-ROMAGNA
 Azienda Ospedaliera - Universitaria di Bologna
 Poliklinico S. Orsola-Malpighi
 Istituto di Ematologia
 "Lorenzo e Ariosto Scriveri"

REPORT DI SERVIZIO
DICHIARAZIONE DI CONSENSO/DISSENSO INFORMATO
NELLA FASE DIAGNOSTICO/TERAPEUTICA
(MODELLO A)

BS20
Rev.02
pag. 1 di 3

Dichiarante

Il/a sottoscritto/a _____ nato/a _____
 Il _____ residente in _____ Via _____

Informato dal Prof.Dott. CSA D'Amelio Maria Cristina

Nome e cognome in stampatello

- sulla natura della malattia da cui sono affatto/a e preconciliamente so che in tutte le procedure da seguire
 adeguatamente informato/a sulla necessità delle procedure diagnosticoterapeutiche elencate di seguito e sugli eventuali rischi ad esse correlati, così come suta
- Possibilità Impossibilità di effettuare indagini alternative di pari efficacia
- adeguatamente informato/a che l'iter diagnosticoterapeutico potrà essere modificato senza che ne venga data informazione solo in situazioni diverse da quelle accertate ed esclusivamente nel caso in cui sia tecnicamente impossibile fare diversamente
- adeguatamente informato/a che la terapia indicata è la più adeguata, sulla base delle conoscenze attuali, al fine di migliorare o recuperare lo stato di salute
- reso consapevole sia delle probabilità di risultato positivo che della tossicità ematologica ed extrematologica legata all'utilizzo di farmaci chemioterapici/antibiotici, così come dei rischi correlati all'impiego delle procedure indicate, quali:
- > pneumotorace e/o tromboesi dei vasi venosi secondari a posizionamento di Catetere Venoso Centrale
 - > nausea, vomito, alopecia, micosie del capo orale e del tratto gastroenterico
 - > febbre chimica e/o danni tessutali secondari ad infusione e sconsero dei suddetti farmaci
 - > rischio infettivo ed emorragico, compromissione fetale e rischio terogenetico
 - > tossicità d'organo specificamente correlata ai singoli farmaci da utilizzare, così come spiegata dal Medico
- reso consapevole che l'eventuale interruzione del trattamento, su mia richiesta, può pregiudicare il risultato terapeutico atteso esponendomi ad eventuali ulteriori rischi
- adeguatamente informato/a sui rischi e benefici di eventuali trattamenti alternativi
- informato che è garantita la riservatezza dei dati personali sanitari, utilizzabili per eventuali studi o pubblicazioni scientifiche
- valutato le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati fatti, avendo compreso quanto mi è stato esposto e sopra sinteticamente riportato

Dichiara

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> di essere | <input type="checkbox"/> di non essere | In stato di gravidanza |
| <input type="checkbox"/> di essere stato informato/a circa la | <input type="checkbox"/> possibilità | <input type="checkbox"/> non possibilità di effettuare la raccolta e criopreservazione di |
| | <input type="checkbox"/> ovocisti | <input type="checkbox"/> spermatozoi |
| <input type="checkbox"/> di avere ricevuto un opuscolo esplicativo sulle procedure diagnosticoterapeutiche | | |
| <input type="checkbox"/> di aver ricevuto un'informativa sul trattamento dei dati personali relativi al trapianto di cellule staminali emopoietiche | | |

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi <i>Istituto di Ematologia</i> <i>"Lerenzio e Astiole Scriggoli"</i></p>	<p>REPORT DI SERVIZIO DICHIARAZIONE DI CONSENSO/DISSENSO INFORMATO NELLA FASE DIAGNOSTICO/TERAPEUTICA (MODELLO A)</p>	<p>RS20 Rev.02 pag.2 di 3</p>
---	---	---------------------------------------

Dichiara altresì quanto segue:

consento [sì o no] ad essere sottoposto alle procedure diagnostiche/terapeutiche sotto singolarmente esplicitata

Ricerca anticorpi anti-HIV

consenso non consenso firma _____

Posizionamento di Catetere Venoso Centrale

consenso non consenso firma _____

Bloppie midollari ed osteomidollari

consenso non consenso firma _____

consenso non consenso firma _____

consenso non consenso firma _____

Terapia emotransfusionale

consenso non consenso firma _____

Terapia antibiologica

consenso non consenso firma _____

Infusione di cellule staminali emopoietiche

consenso non consenso firma _____

Essendo stato adeguatamente informato riguardo alle procedure di raccolta, utilizzo e archiviazione dei dati e alle conseguenze della loro condivisione con il GITMO, l'EBMT, il CIEMTR, il NMDP, l'IBMP e consapevole che, in caso di mancata compilazione di quanto sotto riportato non potranno essere fornite notizie sul mio stato di salute ad altri

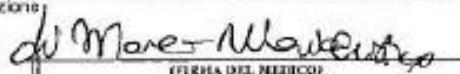
Accordo

Non accordo

alla condivisione con i Registri di cui sopra dei dati relativi al mio trapianto, una volta che i dati stessi siano resi non identificabili all'invio dei miei dati, una volta resi non identificabili, ai Registri situati fuori dell'UE e al loro utilizzo negli studi condotti al di fuori dell'UE

> **Dichiarazione del Medico**

I sottoscritto conferma di avere esaurientemente spiegato quanto sopra sinteticamente riportato, ed in particolare il processo di raccolta e di archiviazione dei dati personali relativi alla procedura di trapianto di cellule staminali emopoietiche, al sopradetto paziente, che dichiara di avere pienamente compreso le spiegazioni


(FIRMA DEL MEDICO)

1) (TESTIMONE: NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

2) (TESTIMONE: NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

1) (DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO) (RILASCIATO IN DATA)

2) (DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO) (RILASCIATO IN DATA)

1) (FIRMA DEL TESTIMONE)

2) (FIRMA DEL TESTIMONE)

(INTERPRETE: NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

(DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO - RILASCIATO IN DATA)

Bologna

(FIRMA DELL'INTERPRETE)

SESTIERO SANITARIO REGIONALE
EVILIA-ROMAGNA
Ancona Capitale - Università di Bologna
Poliklinico S. Orsola-Malpighi

Istituto di Endocrinologia
"Leopoldo e Ariante Serignani"

REPORT DI SERVIZIO
DICHIARAZIONE DI CONSENSO/DISSENSO INFORMATICO
NELLA FASE DIAGNOSTICO/TERAPEUTICA
(MODELLO A)

RS201...
Rev.01
pag.2 di 3

Dichiara altresì quanto segue:

consento [sì o no] ad essere sottoposto alle procedure diagnosticoterapeutiche sotto singolarmente elencate

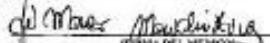
- Ricerca anticorpi anti-HIV consenso non consenso Firma _____
Posizionamento di Catetere Venoso Centrale consenso non consenso Firma _____
Biopsia midollari ed extramidollari consenso non consenso Firma _____
..... consenso non consenso Firma _____
..... consenso non consenso Firma _____
Temple emofistosiale consenso non consenso Firma _____
Temple antiossidante (Glicoproteina
Hyaluronic Acid) consenso non consenso Firma _____
Infusione di cellule staminali emopoietiche consenso non consenso Firma _____

Essendo stato adeguatamente informato riguardo alle procedure di raccolta, utilizzo e archiviazione dei dati e alle conseguenze della loro condivisione con il GITMO, l'ERMITT, il CUSMTR, il NMDP, l'ABMD e consimilari che, in caso di mancata compilazione di quanto scritto riportato non potranno essere fornite se neanche nel più alto stato di salute ad altri.

- Accordo Non accordo
di condivisione con i registri di cui sopra dei dati relativi al mio trattamento, una volta che i dati stessi siano resi non identificabili
 Accordo Non accordo
di trarre dai miei dati, una volta resi non identificabili, ai meglio attesi fini dell'UE e al loro utilizzo negli studi condotti al di fuori dell'UE

> Dichiarazione del Medico

Il sottoscritto conferma di avere assolutamente spiegato quanto sopra sinteticamente riportato, ed in particolare il processo di raccolta e di archiviazione dei dati relativi alla procedura di impianto di cellule staminali emopoietiche, al rappresentato paziente, che dichiara di avere pienamente compresa la spiegazione.


[FIRMA DEL MEDICO]

1) TESTIMONE: NOME E COGNOME IN STAMPATURO

2) TESTIMONE: NOME E COGNOME IN STAMPATURO

1) DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO REGISTRO DATI

2) DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO REGISTRO DATI

1) [FIRMA DEL TESTIMONE]

2) [FIRMA DEL TESTIMONE]

[INTERPRETE: NOME E COGNOME IN STAMPATURO]

[DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO - REGISTRO DATI]

Bologna, il

[REDAZIONE DI DATA]