



**CONSENSO INFORMATO ALL'INNESTO-**  
**TRAPIANTO DI TESSUTO MUSCOLO**  
**SCHELETRICO ALLOGENICO**



*Modulo*

Denominazione dell'Ospedale che esegue la procedura \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Candidato/a ad intervento di \_\_\_\_\_

**Dichiaro**

Di essere stato informato dal Dr. \_\_\_\_\_

- che per l'intervento a cui sono candidato potrà rendersi necessario l'utilizzo di innesto/trapianto di tessuto muscolo scheletrico allogenico fornito dalla Banca di Tessuto Muscolo - Scheletrico della Regione Lombardia;
- che tale innesto/trapianto, per questo tipo di intervento chirurgico, costituisce la soluzione terapeutica attualmente migliore e che non sono presenti alternative;
- che il tessuto proveniente da donatore (vivente o cadavere), a tutela del ricevente, è stato sottoposto a tutti i controlli previsti dalle legge per escludere eventuali malattie trasmissibili con il tessuto;
- che il tessuto donato è stato sottoposto a controlli e procedure atte a garantirne la sicurezza e la qualità;
- in virtù dei controlli eseguiti sul tessuto e delle misure precauzionali che verranno adottate durante l'intervento chirurgico, i rischi per la mia salute (inclusa la trasmissione di malattie infettive quali epatiti e immunodeficienza acquisita) sono trascurabili. Attualmente i rischi di infezione per le malattie trasmissibili con i tessuti sono i seguenti: HCV  $1,1 \times 10^6$  ; HBV  $3 \times 10^6$  ; HIV  $1,2 \times 10^6$

Dichiaro di aver compreso quanto mi è stato illustrato e

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

ad essere sottoposto ad innesto/trapianto di tessuto muscolo scheletrico ed alla conservazione ( solo nel caso di riceventi tendini) presso la Banca Regionale di un campione del mio siero prelevatomi prima dell'intervento.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Ricevente \_\_\_\_\_

Firma e timbro del Medico \_\_\_\_\_