

 <p>Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO</p>  <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Gaetano Pini</p>  <p>Banca Regionale <i>Banca Tessuto</i> <i>Muscolo-Scheletrico</i></p>	<p><b>CONSENSO INFORMATO</b></p> <p><b>VALUTAZIONE DI IDONEITA'</b></p> <p><b>CLINICA ALLA DONAZIONE</b></p> <p><i>MODULO</i></p>	<p>Codice: MOD 04 PSBO 01</p> <p>Rev.: 5</p> <p>Data: 21/04/2022</p> <p>Pagina 1 di 1</p>
--	---	---

**CENTRO PRELIEVO:** \_\_\_\_\_

### CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

- Dichiaro di aver compreso le informazioni del prospetto informativo, le domande contenute nel questionario e nell'anamnesi, sulle quali il Dr. \_\_\_\_\_ mi ha correttamente ed esaurientemente informato.
- Dichiaro di aver risposto in maniera veritiera, essendo consapevole che le informazioni fornite sul mio stato di salute e sui miei stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la sicurezza del ricevente del tessuto osseo donato, di essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso.
- Dichiaro che informerò immediatamente il Dr. \_\_\_\_\_ nel caso in cui insorgano patologie importanti a carico del mio stato di salute.
- Dichiaro inoltre di aver compreso che la procedura di donazione non comporta alcun rischio per la mia salute.

Acconsento che il tessuto osseo che mi verrà asportato in occasione dell'intervento chirurgico sia conservato presso la Banca di tessuto muscolo-scheletrico della Regione Lombardia per essere utilizzato a scopo di innesto per altri pazienti.

Acconsento altresì ad essere sottoposto agli accertamenti previsti dalla Legge per la diagnosi di: epatite B, epatite C, AIDS e sifilide.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma del Donatore: \_\_\_\_\_ Firma e timbro del Medico: \_\_\_\_\_

### **VALUTAZIONE DI IDONEITA'** (Da compilare il giorno del ricovero)

Cognome e nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

sulla base delle risposte al questionario dei rischi infettivi, all'anamnesi, all'esito degli esami ematochimici e strumentali e alle visite specialistiche eseguiti in occasione dell'accertamento pre-operatorio in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_,

Dichiaro

sulla revisione da me effettuata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ che il soggetto è clinicamente:

IDONEO       NON IDONEO      alla donazione di Tessuto Muscolo-Scheletrico.

Firma del medico \_\_\_\_\_

#### **Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE**

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati al Azienda Socio Sanitaria Territoriale Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Azienda Socio Sanitaria Territoriale Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo [www.asst-pini-cto.it](http://www.asst-pini-cto.it).

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

DPO	P.IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo del DPO
LTA SRL	14243311009	Via della Conciliazione, 10	00193	Roma	LUIGI RECUPERO