	MODULO	Rev. 0	Pag. 1 di 2
	PROSPETTO INFORMATO PER I POTENZIALI DONATORI	P04_A0154_BTMS_Ps001_Mod001 Rif.: P04_A0154_BTMS_Ps001	

Gentile Signora, Egregio Signore,

l'intervento chirurgico a cui Lei sarà sottoposto prevede l'asportazione di una parte di tessuto muscolo-scheletrico, che non viene utilizzato per il suo intervento e quindi eliminato. Questo tessuto potrebbe invece essere molto utile ad altre persone sottoposte a particolari interventi di chirurgia ortopedica ricostruttiva in cui è necessario l'**innesto di tale tessuto**.


Le chiediamo di valutare la Sua disponibilità a consentire che il tessuto muscolo-scheletrico a Lei asportato e non più da Lei utilizzabile, sia raccolto e conservato presso la **Banca di tessuto muscolo-scheletrico** della Regione Lombardia. Dal momento che l'innesto di tessuto muscolo-scheletrico può trasmettere malattie al pari della trasfusione di sangue, i criteri di valutazione di idoneità per il donatore di tessuto muscolo-scheletrico sono gli stessi adottati per i donatori di sangue e pertanto devono essere esclusi coloro che sono affetti da alcune malattie e/o che sono incorsi in fattori di rischio per la trasmissione di malattie infettive, in particolare quelle che si contraggono attraverso il sangue e/o i rapporti sessuali.

Per tutelare la salute del ricevente dal rischio che il tessuto osseo innestato sia un veicolo di contagio con microrganismi responsabili di malattie infettive la preghiamo di leggere le informazioni di seguito riportate. Tali informazioni, essendo di carattere generale non sostituiscono il colloquio informativo con il medico che procederà all'anamnesi che è a sua disposizione per ogni eventuale richiesta di chiarimento.

L'innesto di tessuto osseo a pazienti che ne abbiano necessità può determinare oltre che un grande beneficio anche il contagio con i più svariati microrganismi: dai parassiti come il Plasmodio, responsabile della malaria, ai batteri come il treponema, responsabile della Sifilide, o tanti altri, responsabili di malattie come gastroenteriti, polmoniti, meningiti, ai virus come quelli responsabili di gravi patologie come le Epatiti, virus B e C dell'epatite, o l'AIDS, sindrome da deficienza acquisita, provocata dal virus HIV.

Una "regola generale" semplice descrive il possibile rischio di contagio con agenti possibili di infezione: qualunque oggetto esterno (come gli oggetti taglienti, strumenti di lavoro etc..) oltrepassi la barriera costituita dalla pelle o dalle mucose dell'organismo costituisce un possibile veicolo di malattia infettiva.

La donazione di tessuto viene infatti sospesa se il donatore manifesta segni o sintomi anche banali di malattia infettiva, come stanchezza, malessere generale, febbre. Oppure se esiste il rischio, anche minimo di contagio con microrganismi responsabili di infezioni: sedute odontoiatriche recenti, viaggi in Paesi in cui sono diffuse malattie anche gravi dovute a precarie condizioni igieniche e/o trasmesse da insetti, indagini diagnostiche o trattamenti terapeutici particolarmente complessi come quelli in endoscopia, ferite occasionali con aghi da prelievo di sangue o da iniezioni da farmaci, applicazioni

	MODULO	Rev. 0	Pag. 2 di 2
	PROSPETTO INFORMATO PER I POTENZIALI DONATORI	P04_A0154_BTMS_Ps001_Mod001 Rif.: P04_A0154_BTMS_Ps001	

di piercing o tatuaggi, uso di sostanze stupefacenti, rapporti sessuali con categorie di persone a rischio (rapporti a pagamento, con tossicodipendenti, rapporti occasionali).

In occasione della donazione di tessuto osseo il donatore deve compilare un questionario sui rischi infettivi e vengono eseguiti una anamnesi completa, un esame obiettivo e gli esami obbligatori per legge, epatite B, C, HIV e TPHA; il donatore sarà sottoposto a due prelievi uno prima della donazione e uno dopo la donazione per la ripetizione degli esami previsti dalla legge. Il questionario, le domande dell'anamnesi ed i prelievi hanno la funzione di ricordare al donatore qualsiasi segno o sintomo di malattia oltre che qualsiasi condizione di rischio di contagio con microrganismi fonte di infezione.

- Qualora **sia disponibile**, La invitiamo a rispondere alle domande che le saranno proposte, assicurandola che verrà mantenuta la massima riservatezza sulle risposte da Lei date.
- Nel caso in cui, nei 6 mesi successivi all'intervento, insorgano patologie importanti a carico del suo stato di salute la preghiamo di informare il medico chirurgo che provvederà a contattare il personale della **Banca di tessuto muscolo-scheletrico** al numero 0258296437, mail : trapianti@asst-pini-cto
- Qualora **non sia disponibile**, La preghiamo di dichiararlo in calce.

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ / ____ / _____

Non sono disponibile a donare il mio tessuto muscolo-scheletrico

Data ____ / ____ / ____ / _____ Firma _____

Grazie per la collaborazione che vorrà fornire.

Il personale della Banca Regionale