

 <p>Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO</p> <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Gaetano Pini Banca Regionale Tessuto Muscolo-Scheletrico</p>	<b>MODULO</b>	Rev. 0	Pag. 1 di 1
<b>CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI TMS PER USO AUTOLOGO</b>		P04_A0154_BTMS_Ps001_Mod005 Rif.: P04_A0154_BTMS_Ps001	

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

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

sono stato reso edotto dal Dr. \_\_\_\_\_

che per l'intervento di \_\_\_\_\_ a cui sarò successivamente  
candidato potrà rendersi necessario l'utilizzo di innesto di tessuto muscolo-scheletrico autologo,

**Acconsento**

a che tale tessuto mi venga preventivamente asportato in occasione dell'intervento di  
\_\_\_\_\_ a cui sto per essere sottoposto in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

e che tale tessuto venga conservato presso Banca di Tessuto Muscolo-Scheletrico della Regione Lombardia con sede presso l'ASST Getano Pini/CTO di Milano, fino al momento del trapianto. Mi è stato inoltre comunicato che, nel caso in cui il chirurgo o il responsabile della Banca di Tessuto Muscolo-Scheletrico non ritenessero il tessuto **idoneo** all'innesto esso non verrà utilizzato e verrà eliminato.

**Acconsento**

altresì ad essere sottoposto agli accertamenti per la diagnosi di epatite B, epatite C e HIV,TPHA e che un campione del mio siero venga conservato presso la Banca Regionale per un periodo di 30 anni.

Il tessuto muscolo-scheletrico sarà conservato allo stato di congelamento per 5 anni e, se non utilizzato sarà eliminato alla scadenza.

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

Firma del Donatore/Ricevente: \_\_\_\_\_

Firma e timbro del Medico :

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