

 <p>Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Fini-CTO</p>  <p>Regione Lombardia ASST Gaetano Pini</p>  <p>Banca Regionale Tessuto Muscolo-Scheletrico</p>	MODULO	Rev. 0	Pag. 1 di 1
CONSENSO INFORMATO ALL'INNESTO/TRAPIANTO DI TMS <u>ALLOGENICO</u>		P04_A0154_BTMS_Ps002_Mod007 Rif.: P04_A0154_BTMS_Ps002	

CENTRO TRAPIANTO: _____

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.

Dichiaro di aver compreso quanto mi è stato illustrato e

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

ad essere sottoposto ad innesto/trapianto di tessuto muscolo scheletrico da donatore.

Data ____/____/____

Firma del Ricevente _____

Data ____/____/____

Firma e timbro del Medico _____