

 Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO  Regione Lombardia ASST Gaetano Pini  Banca Regionale Tessuto Muscolo-Scheletrico	MODULO	Rev. 0	Pag. 1 di 1
	CONSENSO INFORMATO ALL'INNESTO DI TESSUTO TMS AUTOLOGO	P04_A0154_BTMS_Ps002_Mod008 Rif.: P04_A0154_BTMS_Ps002	

CENTRO TRAPIANTO: _____

Io sottoscritto _____
sono stato informato dal Dottor _____ che
per l'intervento di _____ a cui sono candidato il giorno
____/____/____ potrà rendersi necessario l'utilizzo di innesto de tessuto muscolo-scheletrico autologo,
da me precedentemente donato in occasione dell'intervento chirurgico del ____/____/____ e custodito
presso la Banca di Tessuto Muscolo-Scheletrico della Regione Lombardia con sede presso l'Istituto
Ortopedico G. Pini di Milano.

Dichiaro

di aver compreso quanto mi è stato illustrato e ACCONSENTO / NON ACCONSENTO (cancellare la dicitura
che non interessa) ad essere sottoposto all'innesto del tessuto suddetto.

data ____/____/____

Firma e timbro del Medico _____

data ____/____/____

Firma del Donatore Ricevente _____