



**CONSENSO INFORMATO ALLA  
TRASFUSIONE DI EMOCOMPONENTI  
E ALLA INFUSIONE DI EMODERIVATI  
(MINORI)**

**M07**  
Rev.00 del  
24.06.2020

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per  
attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

**DICHIARA**

- di essere genitore del minore \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

- di essere:  coniugato/a  vedovo/a  separato/a  divorziato/a  convivente  in stato libero  
-di essere in situazione di:  affidamento congiunto  genitore affidatario  genitore non affidatario  
-che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso  
perché assente per:  lontananza  impedimento  
-che, ai fini dell'applicazione della Legge del 8 febbraio 2006 n. 54 – Disposizioni in materia di separazione  
dei genitori e affidamento condiviso dei figli, art. 1 (Modifiche al codice civile), limitatamente alle decisioni  
su questioni di ordinaria amministrazione, il Giudice ha stabilito:  
 che il sottoscritto eserciti la potestà separatamente  
altro: \_\_\_\_\_


Letto, confermato e sottoscritto \_\_\_\_\_

*Luogo e data*

*Il/la dichiarante (firma per esteso eleggibile)*

**DICHIARA** inoltre di essere stato informato/a dal dott. \_\_\_\_\_ che:

- per le condizioni cliniche di mio/a figlio/a è necessario sottoporlo/a a:  
 trasfusioni di sangue e di emocomponenti  
 somministrazione di emoderivati
- tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione di virus di  
malattie infettive trasmissibili, quali AIDS, epatite B, epatite C ecc);
- per ragioni di sicurezza, per poter eseguire la trasfusione di emocomponenti, presso questa Azienda,  
in aggiunta ai sistemi identificativi tradizionali (braccialetti con codice a barre), opera il sistema di  
sicuro riconoscimento Securblood (BBS srl - Blood Bank Service, San Donato Milanese, MI) che prevede la  
registrazione su un apposito dispositivo della impronta digitale. Tale sistema utilizza dei terminali  
portatili dotati di un lettore di codice a barre e di un sensore biometrico per il rilevamento di impronte

 <p>ASP RAGUSA 7 AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p><b>CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE DI EMOCOMPONENTI E ALLA INFUSIONE DI EMODERIVATI (MINORI)</b></p>	<p><b>M07</b> Rev.00 del 24.06.2020</p>
---	---	---

digitali. Il sensore biometrico registra l'impronta e attraverso un apposito software converte l'immagine di una parte dell'impronta digitale rilevata in stringhe numeriche criptate che vengono memorizzate in un archivio protetto localizzato all'interno dell'apparecchio stesso. Quella che viene memorizzata pertanto non è l'impronta digitale, ma rappresentazioni numeriche, univoche ed unidirezionali dell'impronta stessa. Inoltre, a tale algoritmo che si viene a creare non viene associato alcun dato anagrafico sensibile, ma solamente il codice che identifica la richiesta trasfusionale e i miei campioni di sangue. La procedura appena descritta è irreversibile, in quanto l'immagine dell'impronta digitale una volta acquisita viene usata all'interno del terminale solo ed esclusivamente per il tempo strettamente necessario a creare il modello matematico ad essa collegato e viene distrutta immediatamente dopo. Gli algoritmi delle impronte digitali, i codici richiesta, i codici braccialetti vengono cancellati automaticamente trascorsi 7 giorni dalla registrazione della richiesta trasfusionale.

Ho letto e compreso la relativa informativa e ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal dott. \_\_\_\_\_ sia in ordine alle condizioni cliniche di mio figlio/a, sia ai rischi connessi alla trasfusione come a quelli che potrebbero derivare se mio figlio/a non si sottoponesse alla trasfusione. Pertanto,

- Acconsento  
 Non acconsento

che mio figlio/a sia sottoposta alle trasfusioni o alla somministrazione emoderivati che si rendono necessarie per tutta la durata della terapia.

NOTA: Nei casi che comportano trattamenti trasfusionali ripetuti, trasfusioni croniche ed essenziali per la vita del paziente (ad esempio per pazienti talassemici o pazienti ematologici trasfusione dipendenti cronici) il consenso viene acquisito una volta l'anno in occasione dell'inizio del primo ciclo di terapia. Negli altri casi il consenso va raccolto all'inizio del trattamento e si considera formulato per tutta la durata della terapia, salvo esplicita revoca da parte del paziente.

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

Firma del genitore \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico \_\_\_\_\_

**Il paziente può esercitare il proprio diritto di REVOCA del consenso in qualsiasi momento**