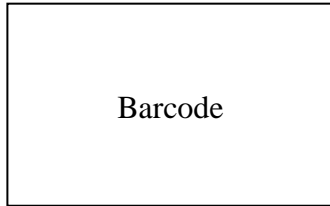




**CONSENSO INFORMATO PER LA  
DONAZIONE, RACCOLTA E  
CONSERVAZIONE ALLOGENICA  
DEL SANGUE CORDONALE**



Io sottoscritta \_\_\_\_\_  
in qualità di madre, nata a: \_\_\_\_\_ il : \_\_\_\_\_  
residente in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
CAP: \_\_\_\_\_, telefono n.: \_\_\_\_\_ n. cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail (facoltativo) \_\_\_\_\_

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
in qualità di padre, nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_  
residente in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
CAP: \_\_\_\_\_, telefono n.: \_\_\_\_\_ n. cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail (facoltativo) \_\_\_\_\_

acquisite le informazioni riportate nella “Informativa **R711-B**” e dopo essere stato/a informato/a:

1. Dichiaro di essere stata/o informata/o delle possibilità di impiego del sangue da cordone ombelicale.
2. Dichiaro di rinunciare alla conservazione del sangue cordonale ad esclusivo beneficio del neonato in qualsiasi momento della sua vita.
3. Ho compreso le informazioni e ho potuto effettuare domande ed ottenere chiarimenti.
4. Ho compreso che il rifiuto alla raccolta non comporterà conseguenze per la qualità dell'assistenza.
5. Ho compreso che la procedura di raccolta del sangue da cordone ombelicale non comporta rischi per la madre e per il bimbo.
6. Ho compreso che la raccolta può essere effettuata sia dopo parto fisiologico sia dopo parto cesareo.
7. Ho compreso che l'unità, se idonea, verrà messa a disposizione dei pazienti nazionali ed internazionali che necessitano di trapianto.
8. Ho compreso che non trarrò alcun vantaggio o diritto dalla donazione.
9. Acconsento ad essere intervistata/o per la raccolta dell'anamnesi personale e familiare e, se necessario, ad essere ricontattata/o per fornire ulteriori informazioni.



**CONSENSO INFORMATO PER LA  
DONAZIONE, RACCOLTA E  
CONSERVAZIONE ALLOGENICA  
DEL SANGUE CORDONALE**



10. Acconsenso (con riferimento alla madre) a sottopormi ad un prelievo di sangue venoso, sul quale verranno effettuati i test prescritti dalla legge per la sicurezza della donazione di sangue, inclusi i test per HIV e ad essere informata qualora venga evidenziata una positività sierologica.
11. Acconsenso (con riferimento alla madre) a che un campione del mio sangue venga conservato dalla Banca ed utilizzato per test aggiuntivi qualora richiesti dal Centro Trapianti.
12. Acconsenso a che i test, ivi compresi quelli relativi alla ricerca di malattie ereditarie, siano eseguiti anche su un campione della sacca di sangue da cordone ombelicale.
13. Acconsenso (con riferimento alla madre) ad essere ricontattata/o per il controllo che deve essere effettuato dopo il parto per fornire informazioni sullo stato di salute del bambino.
14. Acconsenso a comunicare alla Banca variazioni sullo stato di salute di mio figlio.

Data \_\_\_\_\_

Firma della Madre \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e nome .....

Qualifica:.....

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_