



Barcode

INFORMATIVA

Gentile Signora/e la Sua donazione, se non rispondente ai requisiti di qualità indispensabili per l'uso trapiantologico, può rappresentare una importante risorsa anche per scopi di ricerca. Le unità di sangue cordonale già indirizzate alla conservazione per fini trapiantologici potranno essere utilizzate per scopi di ricerca soltanto nel caso che, per eventi imprevisti, esse risultassero non più idonee alla conservazione. L'eventuale utilizzo a scopi di ricerca potrà riguardare: controlli di qualità, tecniche di conservazione, congelamento e scongelamento; ricerca di base ed applicata nel campo ematologico, trapiantologico e trasfusionale, negli ambiti previsti dall'articolo 2, comma 1, lettera f del decreto 18 novembre 2009 istitutivo della rete nazionale delle banche del sangue del cordone ombelicale. In nessun caso il campione biologico sarà ceduto a soggetti terzi per scopi di lucro. Le ricerche non avranno mai scopo di lucro. Né Lei, né Suo/a figlio/a trarranno vantaggi economici dalle ricerche stesse.

Eventuali risultati scientificamente rilevanti saranno anonimi e diffusi in forma anonima e aggregata.

CONSENSO

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 sopra riportate nella "Informativa" Dichiaro che qualora l'unità non sia idonea o perda l'idoneità per l'uso ai fini di trapianto:

1. acconsento che il materiale biologico prelevato possa essere conservato presso la Banca del cordone Ombelicale di Firenze;



**INFORMATIVA E CONSENSO PER L'USO
A SCOPO DI RICERCA DELLE UNITA' DI
SANGUE CORDONALE NON IDONEE
PER IL TRAPIANTO**



2. acconsento che il campione che non sia idoneo (o che perda l'idoneità) per la conservazione a fini terapeutici, possa essere utilizzato per studi o ricerche scientifiche, negli ambiti ai fini di ricerca indicati nella scheda informativa;
3. che la partecipazione è volontaria;
4. acconsento all'eventuale trasferimento, a scopo di ricerca del materiale ad altre Banche afferenti alla Rete nazionale e/o alle strutture ospedaliere del SSN eventualmente coinvolte.

Data _____

Firma della Madre _____

Firma del Padre _____

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e nome

Qualifica:

Data _____

Firma _____