

	Direzione Sanitaria	Mod. 0040	Pag. 1 di 1
	Consenso per Trasfusioni Sangue ed Emoderivati (Testimoni di Geova)	Parola chiave: <i>consenso trasfusioni</i>	
		Rev. 01	del 10/07/2025

Cognome e Nome del Paziente _____

Nato/a il _____ a _____

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ dichiara di aver fornito al/alla paziente, genitore, tutore in caso di minorenne o tutelato, un'informazione completa ed esauriente tramite colloquio relativamente:

- alla sua situazione clinica
- all'atto sanitario proposto: **TRASFUSIONE DI SANGUE, EMOCOMPONENTI, EMODERIVATI**

Nel totale rispetto del suo credo religioso, dovendo essere sottoposto ad un intervento con rischio emorragico medio/elevato, il medico che l'avrà in cura le garantisce di non trasfondere emoderivati, mantenendo questa possibilità solo ed esclusivamente in caso di grave stato di necessità o in imminente pericolo di vita.

DICHIARO

di aver ben compreso il contenuto del colloquio e quanto mi è stato spiegato

di ☐ **Accettare** ☐ **Non accettare**

Liberamente, spontaneamente e in piena coscienza.

Data _____

Firma Paziente/Genitore/Tutore

Firma Medico

In caso di revoca del presente Consenso, utilizzare il Mod. 0039 "Revoca Consenso per Trasfusioni Sangue ed Emoderivati"

* L'informativa "Trasfusioni Sangue ed Emoderivati" inerente alle procedure di trasfusione ed eventuali complicanze (Mod. 0016) è pubblicata sul sito www.santannacasale.it nella Sezione Informativa e Privacy e disponibile per la consultazione presso gli uffici informazione della Casa di Cura.