

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROTOCOLLO AZIENDALE PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO DI ERRORE TRASFUSIONALE E SICUREZZA DELLA TRASFUSIONE	PRSQ_AZ_002
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
S.C. Centro Immunoematologia e Trasfusionale		

Allegato 1 (Rev. giugno 2026) - [MODULO SIT](#) - CONSENSO INFORMATO

Consenso Informato alla Trasfusione di Sangue e di Emoderivati

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____
 nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
 e residente a _____ in Via _____
 (in qualità di Genitore/Rappresentante Legale)
 di _____ C.F. _____
 nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
 e residente a _____ in Via _____

DICHIARA

- Di aver potuto discutere con il Dott. _____ in merito al fatto che le mie condizioni cliniche potrebbero richiedere il ricorso a trasfusione di sangue e di emocomponenti e/o alla somministrazione di emoderivati
- Di aver potuto formulare domande e di aver ricevuto risposte, in merito, soddisfacenti, di aver ricevuto ogni possibile informazione che la trasfusione di sangue, dei suoi componenti o di emoderivati viene oggi attuata solo in particolari condizioni cliniche, caratterizzate prevalentemente da gravi stati di anemia cronica o acuta, riduzione del numero delle piastrine, dell'albumina o di fattori della coagulazione; comunque esclusivamente in situazioni in cui gli effetti positivi della trasfusione siano di gran lunga superiori alle possibili seppur rare complicanze, quali la trasmissione di infezioni come le epatiti virali o l'AIDS, o la possibilità teorica della trasmissione della malattia di Creutzfeld-Jakob (o "morbo della mucca pazza") nel caso di somministrazione dell'albumina
- Di essere stato/a informato/a che le accurate verifiche e i trattamenti cui vengono sottoposti il sangue e i suoi derivati, nonché i controlli e le visite mediche eseguite sui donatori di sangue, tutti conosciuti e periodici, da parte degli Operatori del Servizio Trasfusionale rendono, da numerosi anni a questa parte, del tutto eccezionale l'eventualità di infezione da malattie trasmissibili
- Di essere stato/a informato/a che il sangue e gli emoderivati vengono dunque utilizzati solo quando si rende assolutamente necessario
- Di essere stato/a informato/a che esistono inoltre alcune situazioni cliniche, che permettono l'utilizzo di tecniche alternative alla trasfusione di sangue da donatore, ad esempio quali:
 - La terapia con ferro endovena, in caso di anemie da carenza di ferro, non acute
 - L'autodonazione (la trasfusione cioè del proprio sangue predonato) in alcune ben definite situazioni cliniche
 - Il recupero delle perdite di sangue, che può venire effettuato sia durante l'intervento che dopo l'intervento (ovvero il sangue perso può essere drenato, filtrato con apposita apparecchiatura, reinfuso)
 - L'emodiluizione
 Grazie alle quali le complicanze della trasfusione sopra descritte, seppure eccezionali, possono essere ulteriormente ridotte
- Di essere a conoscenza che le più frequenti reazioni avverse si manifestano come reazioni di tipo allergico, talvolta con febbre, brividi, nausea, vomito, orticaria e ipotensione e che vengono effettuate ripetute verifiche sul sangue da somministrare su ogni specifica sacca o preparato di emoderivati opportunamente individuata a priori per evitare reazioni di incompatibilità che possono essere anche fatali
- Di essere a conoscenza che tale consenso è libero da pressioni, revocabile in qualsiasi momento, eventualmente delegabile a terzi di fiducia preventivamente autorizzati per iscritto
- Di assumersi ogni responsabilità che possa derivare da conseguenze del rifiuto alle prestazioni sanitarie di cui sopra

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROTOCOLLO AZIENDALE PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO DI ERRORE TRASFUSIONALE E SICUREZZA DELLA TRASFUSIONE	PRSQ_AZ_002
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
S.C. Centro Immunoematologia e Trasfusionale		

DICHIARA INOLTRE

- Di essere stato informato/a sulla necessità di sottoporsi al trattamento, sullo scopo e le modalità del trattamento proposto, sulle sue conseguenze ed eventuali complicità, sui limiti del trattamento, sugli eventuali effetti collaterali che ne possono derivare, sulle alternative possibili, ove presenti
- Di essere stato/a edotto/a anche in merito ai rischi derivanti dalla scelta di non sottopormi al trattamento proposto
- Di aver fornito tutte le informazioni sul proprio stato di salute e di non avere in atto patologie riportate nelle controindicazioni
- Di aver chiaramente compreso quanto illustratomi dal Personale Sanitario
- Di aver avuto il tempo sufficiente per decidere
- Di essere consapevole sull'impossibilità a procedere nel trattamento trasfusionale in caso di mancata sottoscrizione del presente consenso
- Di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'inizio del trattamento
- Di non avere altre osservazioni
- Di prestare, liberamente e consapevolmente, il proprio consenso/dissenso al trattamento trasfusionale proposto secondo lo schema illustratomi

Il/La sottoscritto/a, avendo perfettamente compreso tutte le informazioni sopra riportate,					
☐	ACCETTA	☐	la trasfusione di sangue	☐	la somministrazione di emocomponenti
☐	RIFIUTA	☐	la trasfusione di sangue	☐	la somministrazione di emocomponenti

Cagliari, lì ____ / ____ / ____

Firma del Paziente	Firma del Medico	Firma del Rappresentante Legale

In caso di revoca delle terapie concordate:

In data odierna REVOCO il consenso precedentemente concesso.
Cagliari, lì ____ / ____ / ____
Firma Paziente/Legale Rappresentante _____ Firma del Medico _____