



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. luglio 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 transfusione 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 transfusione 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 transfusione 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 transfusione 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 transfusione 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'emodiluizioneGrazie alle quali le complicanze della transfusione 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 complicanze, 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 ed emocomponenti	☐	La somministrazione di emoderivati
☐	RIFIUTA	☐	La trasfusione di sangue ed emocomponenti	☐	La somministrazione di emoderivati

Cagliari, li ____ / ____ / ____

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, li ____ / ____ / ____

Firma Paziente/Legale Rappresentante _____ Firma del Medico _____