

La sottoscritta, in qualità di MADRE:

| | |
|-------------------------|-------------------|
| Cognome: | Nome: |
| Data di nascita: | Luogo di nascita: |
| Cod. Fiscale: | Sesso: M F |
| Indirizzo di residenza: | N° civ. |
| Città: | Prov. C.A.P. |
| Tel. abitazione: | Tel. cellulare: |
| Tel. lavoro: | E-mail: |

Il sottoscritto, in qualità di PADRE:

| | |
|-------------------------|-------------------|
| Cognome: | Nome: |
| Data di nascita: | Luogo di nascita: |
| Cod. Fiscale: | Sesso: M F |
| Indirizzo di residenza: | N° civ. |
| Città: | Prov. C.A.P. |
| Tel. abitazione: | Tel. cellulare: |
| Tel. lavoro: | E-mail: |

Dichiariamo, in merito alla raccolta e conservazione di sangue di cordone ombelicale di nostro/a figlio/a conservata da oltre 10 anni presso la Banca _____ e riservata per

- uso autologo dedicato
 fratello/sorella
 futuro fratello/sorella
 madre
 padre
a favore di(Cognome e Nome, se disponibile)

- di aver letto e compreso la scheda informativa sulla conservazione a lungo termine e di aver avuto la possibilità di fare domande e chiarire i nostri dubbi con il personale sanitario della Banca;
- di aver letto e compreso i termini di questo consenso e di averne ricevuto copia;
- di aver compreso che l'utilizzo dell'unità è vincolato ai termini di legge in materia trasfusionale e trapianto di cellule staminali;
- di aver compreso che la conservazione ad uso autologo dedicato o allogeneico dedicato è condizionata dall'ottemperanza alle indicazioni di patologia come da elenco allegato al DM 2009 , alle indicazioni di tipologia del ricevente (fratello, futuro fratello) come spiegato nella scheda informativa di aggiornamento ed al cut off di cellularità di 500 x 10⁶;
- di aver compreso che la conservazione a lungo termine ad uso dedicato è condizionata dal grado di compatibilità HLA tra donatore e ricevente (minimo grado accettabile 4/6 loci antigenici, HLA-A, B, DRB1 con metodica molecolare a bassa risoluzione);
- di aver compreso che dopo valutazioni scientifiche, tecniche e cliniche, i termini e l'indicazione alla ulteriore conservazione della unità cordonale di nostro figlio/a sono stati rivalutati dalla Banca e che non sussistendo più tali criteri di idoneità per la seguente motivazione:

.....
.....
.....
.....
.....

l'unità verrà:

- eliminata
 utilizzata per ricerca

Cognome e Nome della madre/
esercente potestà

Firma

____/____/____
Data

| | | |
|---|---|--|
| ITALIAN Cord Blood Network | Consenso Informato allo Smaltimento di sangue cordonale conservato per uso Autologo Dedicato | MOD.ITCBN.004 Rev. 0 del 18/11/2016 |
|---|---|--|

_____ / ____ / ____
Cognome e Nome del padre/ Firma Data
esercente potestà

A cura dei/i sanitario/i che ha/hanno fornito le informazioni e raccolto il consenso

Dichiaro/iamo di aver fornito esaurienti informazioni e risposte alle domande poste circa lo scopo e le modalità della conservazione a lungo termine del sangue cordonale ad uso autologo dedicato-allogeneico dedicato e le possibili alternative.

Ritengo/iamo che la coppia abbia compreso le informazioni fornite e abbia liberamente consentito alla proposta.

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e nomeQualifica.....

Data ____ / ____ / ____

Firma

| |
|--|
| BANCA Referenti Banca Indirizzo Banca Contatti (tel, fax, mail) |
|--|