CONSENSO INFORMATO PER LA RACCOLTA E CONSERVAZIONE ALLOGENICA DEL SANGUE CORDONALE

Io sottoscritta _____
in qualità di madre, nata a: _____ il: _____
residente in Via _____, n._____Città_____
CAP:_____, telefono n.:_____n. cellulare_____
e-mail _____
Io sottoscritto _____
in qualità di padre, nato a: _____ il: _____
telefono n.:_____n. cellulare_____e-mail_____

acquisite le informazioni riportate nella "Scheda Informativa" e dopo essere stato/a informato/a:

Dichiaro di essere stata/o informata/o delle possibilità di impiego del sangue da cordone ombelicale.

Ho compreso le informazioni e ho potuto effettuare domande ed ottenere chiarimenti.

Ho compreso che il rifiuto alla raccolta non comporterà conseguenze per la qualità dell'assistenza.

Ho compreso che la procedura di raccolta del sangue da cordone ombelicale non comporta rischi per la madre e per il bimbo.

Ho compreso che la raccolta può essere effettuata sia dopo parto fisiologico sia dopo parto cesareo.

Ho compreso che l'unità, se idonea, verrà messa a disposizione dei pazienti che necessitano di trapianto.

Ho compreso che non trarrò alcun vantaggio o diritto dalla donazione.

Acconsento ad essere intervistata/o per la raccolta dell'anamnesi personale e familiare e, se necessario, ad essere ricontattata/o per fornire ulteriori informazioni.

Acconsento a sottopormi ad un prelievo di sangue venoso, sul quale verranno effettuati i test prescritti dalla legge per la sicurezza della donazione di sangue, **inclusi i test per HIV** e ad essere informata qualora venga evidenziata una positività sierologica (solo per la madre).

Acconsento a che un campione del mio sangue venga conservato dalla Banca ed utilizzato per test aggiuntivi qualora richiesti dal Centro Trapianti.

Acconsento a che i test siano eseguiti anche su un campione della sacca di sangue da cordone ombelicale.

Acconsento ad essere ricontattata/o per il controllo che deve essere effettuato dopo il parto per fornire informazioni sullo stato di salute del bambino.

Acconsento a comunicare alla Banca variazioni sullo stato di salute di mio figlio.

Data _____ Firma della Madre _____

Firma del Padre_____

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:
Cognome e nome .....Qualifica:..... .....
Reparto/Istituto .....Tel/ Fax .....
Data_____ Firma _____

CONSENSO INFORMATO PER L'USO DEL SANGUE CORDONALE A SCOPO DI RICERCA E PER ALTRI POSSIBILI UTILIZZI DELLE UNITÀ NON IDONEE PER IL TRAPIANTO

*Io sottoscritta _____
in qualità di madre, nata a: _____ il: _____
residente in Via _____, n._____Città_____
CAP:_____, telefono n.:_____n. cellulare_____
e-mail _____
Io sottoscritto _____
in qualità di padre, nato a: _____ il: _____
telefono n.:_____n. cellulare_____e-mail_____

acquisite le informazioni riportate nella "Scheda Informativa" e dopo essere stato/a informato/a che:

- il materiale biologico prelevato potrà essere conservato presso la Banca;
- il campione che non sia idoneo per il trapianto delle cellule staminali ematopoietiche potrà essere impiegato, qualora io acconsenta, per la produzione di emocomponenti utilizzabili a scopo terapeutico;
- il campione che non sia idoneo (o che perda l'idoneità) per la conservazione a fini terapeutici, potrà essere utilizzato, qualora io acconsenta, per eseguire controlli di qualità, per la validazione di metodiche e la loro valorizzazione e tutela o a scopo di ricerca;
- sarà garantita la tutela dei dati personali, nelle modalità previste dalla legge;
- l'eventuale partecipazione è volontaria;
- per ulteriori informazioni potrò rivolgermi al responsabile della banca cordonale

☐ autorizzo ☐ non autorizzo

l'eventuale impiego del materiale biologico per la produzione di emocomponenti utilizzabili a scopo terapeutico;

☐ autorizzo ☐ non autorizzo

l'eventuale utilizzo del materiale biologico per studi o ricerche scientifiche, negli ambiti indicati nella scheda informativa;

☐ autorizzo ☐ non autorizzo

l'eventuale trasferimento, a scopo di ricerca e in forma anonimizzata, del materiale biologico ad un Centro collegato alla Banca.

Data _____ Firma della Madre_____

Firma del Padre _____

**Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e nome .....
Qualifica:.....
Reparto/Istituto .....
Tel/ Fax .....
Data_____ Firma _____

***qualora i dati siano uguali a quelli riportati nel consenso alla donazione, riportare solo nome e cognome della madre e del padre.**
****qualora il medico/operatore sanitario sia lo stesso che ha raccolto il consenso alla donazione riportare solo nome, cognome e firma.**

Trattamento dei dati personali Nota informativa

Ai sensi del decreto legislativo *n. 101 del 10 agosto 2018* recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", La informiamo che i dati personali Suoi e di Suo/a figlio/a saranno archiviati elettronicamente. Tali dati sono indispensabili per la conservazione del materiale biologico e per l'inserimento nel registro dei campioni biologici disponibili.

Solo il personale autorizzato della Banca del Sangue Cordonale potrà accedere, in caso di necessità, ai dati. Nessun dato personale o sensibile sarà trasferito a terzi.

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritta _____
in qualità di madre, nata a: _____ il: _____
residente in Via _____, n._____Città_____
CAP:_____, telefono n.:_____n. cellulare_____
e-mail _____

Io sottoscritto _____
in qualità di padre, nato a: _____ il: _____
residente in Via _____, n._____Città_____
CAP:_____, telefono n.:_____n. cellulare_____
e-mail _____

acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e sensibili:

☐ acconsento ☐ non acconsento

al trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano me stessa/o e mio/a figlio/a.

☐ acconsento ☐ non acconsento

A conoscere i risultati di eventuali test effettuati per la ricerca di malattie ereditarie

Data _____ Firma della Madre_____

Firma del Padre _____

**Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e nome .....
Qualifica:.....
Reparto/Istituto .....
Tel/ Fax .....

Data_____ Firma _____

***qualora i dati siano uguali a quelli riportati nel consenso alla donazione, riportare solo nome e cognome della madre e del padre.**
****qualora il medico/operatore sanitario sia lo stesso che ha raccolto il consenso alla donazione riportare solo nome, cognome e firma.**