



*Consenso alla raccolta  
di unità SCO  
per donazione allogenica  
a fini solidaristici*

Codice identificativo dell'unità SCO assegnato dalla banca:.....

Io sottoscritto:.....

in qualità di madre, nata a: ..... prov:..... il: .....

residente in Via ....., n.....Città.....

prov.....CAP:..... telefono n.:..... cellulare n. ....

e-mail .....

Io sottoscritto .....

in qualità di padre, nato a: ..... prov:..... il: .....

residente in Via ....., n.....Città.....

prov.....CAP:..... telefono n.:..... cellulare n. ....

e-mail .....

acquisite le informazioni riportate nella "Scheda Informativa" (Allegato A-sco) 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 nazionali ed internazionali 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 (se disponibile):.....

Dati di individuazione del sanitario che ha provveduto all'informazione, acquisizione del consenso e verifica dell'identità:

Cognome e nome .....Qualifica.....

Reparto/Istituto .....Tel/ Fax .....

Data:..... Firma .....

n° : \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



*Consenso*  
*all'utilizzo per ricerca*  
*della unità SCO non idonea*

\* Io sottoscritto:.....  
in qualità di madre, nata a: .....prov:..... il: .....  
residente in Via ....., n.....Città.....  
prov.....CAP:..... telefono n.:..... cellulare n. ....  
e-mail .....

Io sottoscritto .....  
in qualità di padre, nato a: .....prov:..... il: .....  
residente in Via ....., n.....Città.....  
prov.....CAP:..... telefono n.:..... cellulare n. ....  
e-mail .....

acquisite le informazioni riportate nella "Scheda Informativa" (Allegato A-sco) e dopo essere stato/a informato/a che:

- il materiale biologico prelevato potrà essere conservato presso la Banca.....;
- il campione che non sia idoneo (o che perda l'idoneità) per la conservazione a fini terapeutici, potrà essere utilizzato, qualora io acconsenta, 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:

Dr. ....Tel:.....

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 (se disponibile):.....

\*\* Dati di individuazione del sanitario che ha provveduto all'informazione, acquisizione del consenso e verifica dell'identità:

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.

*La donazione è anonima, volontaria e non retribuita*



*Consenso informato  
- Trattamento  
dei dati personali-*

Nota informativa

Ai sensi del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 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.

Le uniche persone che potranno accedere, in caso di necessità, ai dati, sono (nome):

.....

Nessun dato personale o sensibile sarà trasferito a terzi.

Consenso

\* Io sottoscritta:.....

in qualità di madre, nata a: .....prov:..... il: .....

residente in Via ....., n.....Città.....

prov.....CAP:..... telefono n.:..... cellulare n. ....

e-mail .....

Io sottoscritto .....

in qualità di padre, nato a: ..... prov:..... il: .....

residente in Via ....., n.....Città.....

prov.....CAP:..... telefono n.:..... cellulare n. ....

e-mail .....

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

autorizzo      non autorizzo

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

Data:..... Firma della Madre .....

Firma del Padre (se disponibile):.....

\*\* Dati di individuazione del sanitario che ha provveduto all’informazione, acquisizione del consenso e verifica dell’identità:

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.

*La donazione è anonima, volontaria e non retribuita*