



Spett.le Dott.....

Direttore sanitario

MODULO DI DISSENSO INFORMATO

La/Il sottoscritta/o Nata/o a il .../.../.....,

- **Dovendomi** sottoporre alle cure necessarie per ristabilire il mio stato di salute presso il vostro ospedale,
- **Informata/o** della possibilità di ricevere trasfusioni con sangue proveniente dal centro trasfusionale dell'ospedale,
- **Convinta/o** che i rischi derivanti dalla trasfusione convenzionale siano maggiori dei benefici terapeutici,

DICHIARA:

- di **NON** consentire alla trasfusione convenzionale,
- di consentire altresì l'utilizzo di emoderivati sintetici di compensazione e di ricevere sangue esclusivamente da donatori da me scelti,
- di comprendere appieno le conseguenze del mio dissenso e di esonerare totalmente il personale sanitario da qualsivoglia responsabilità conseguente alla mia decisione assunta,
- di consentire alla trasfusione di globuli rossi concentrati esclusivamente qualora si configurasse lo *stato di necessità* da criticità vitale ($Hb < 5$ g/dl).

Prima di formalizzare il presente diniego alla trasfusione, ho avuto il tempo necessario di informarmi dal **difensore clinico del comitato "Di Sana e Robusta Costituzione"** che opera per favorire percorsi di cura rispettosi delle volontà, delle scelte e del concetto di salute, proprie di ogni singola persona.

Il presente documento si allega al modulo di consenso informato e alla documentazione sanitaria che mi accompagna.

LUOGO/DATA

FIRMA