

ALLEGATO 2

Consenso informato al trattamento con emoderivati

Io sottoscritto/a nato/a a
..... il sono stato informato dal dott.
..... che per le mie condizioni cliniche devo essere sottoposto ad
un trattamento terapeutico con emoderivati, che tale pratica terapeutica non è
completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione di virus dell'immunodeficienza,
dell'epatite, ecc...).

Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal dott. in ordine
alle mie condizioni cliniche, ai rischi connessi alla terapia e a quelli che potrebbero
derivare non sottoponendomi al trattamento. Quindi acconsento/non acconsento (*) ad
essere sottoposto al trattamento terapeutico con emoderivati, necessario per tutto il
decorso della mia malattia.

Data Firma

(*) cancellare quanto non interessa