



**CONSENSO PRELIMINARE
ALLA DONAZIONE DEL
SANGUE CORDONALE**

Data : ___/___/___

Io sottoscritta _____ nata a _____ (____)
il ___/___/___, residente a _____ (____) CAP _____
in Via _____, recapito telefonico _____ (ATTENZIONE:
oltre ad eventuali numeri di cellulare fornire sempre almeno un numero telefonico fisso anche se di un parente
o conoscente), Fax _____, indirizzo e-mail _____

Dichiaro di essere esaurientemente informata riguardo le modalità e l'utilizzo del Sangue Cordonale e desidero effettuare la donazione del sangue del cordone ombelicale.

Tale donazione dovrà essere effettuata presso la struttura sanitaria _____

Data ultima mestruazione _____

Settimane di gestazione _____

Data presunta del parto _____

Parto Cesareo

Parto Spontaneo

Sono a conoscenza che tale donazione non comporta rischi né per me né per il bambino.

Essendo consapevole che l'unità verrà conservata nella Banca di Sciacca, senza scopo di lucro, **rinuncio** a qualsiasi privilegio, vantaggio economico o diritto legato alla donazione ma non accetto che mi vengano addebitate eventuali spese.

Sono informata anche che, qualora la donazione non risulti idonea per la Banca, l'unità di sangue placentare verrà eliminata o utilizzata a scopo di ricerca.

Dichiaro, infine, di rispondere all'intervista preliminare e al questionario anamnestico che mi verrà proposto, in maniera scrupolosamente veritiera, essendo consapevole che il sangue cordonale da me donato può essere causa di trasmissione di malattie infettive al ricevente.

Per tale motivo accetto sin d'ora che, al momento della donazione, vengano determinati su due prelievi del mio sangue (uno al momento del parto ed uno dopo 6-12 mesi dal parto) i seguenti test : HBsAg, anti HCV, anti HIV 1 – 2, anti CMV, TPHA, Toxo test e, qualora necessario, vengano eseguiti tutti i test necessari per la ricerca delle malattie trasmissibili geneticamente.

Sin d'ora autorizzo, al momento della criopreservazione dell'unità di sangue placentare, a conservare il DNA estratto dai campioni del mio sangue e dall'unità di sangue placentare ed **Accetto** che la tipizzazione tissutale di mio figlio/a venga ricondotta a un numero in codice, che garantisca l'anonimato e che venga inserita in un registro internazionale per permettere l'utilizzo della donazione a scopo terapeutico.

Acconsento, pertanto, al trattamento dei miei dati personali e sensibili, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, ai fini della gestione delle operazioni conseguenti a tutto l'iter della donazione, dalla raccolta e ritiro dell'unità di sangue cordonale, unitamente al questionario anamnestico ed ai campioni ad essa collegati, da parte del personale incaricato dalla Banca, fino allo stoccaggio definitivo ed eventuale cessione, inclusa la consultazione della mia cartella clinica, ed inoltre per le finalità della ricerca scientifica ed ai fini statistici e relativa diffusione tra le strutture sanitarie autorizzate e, comunque, sempre nell'ambito delle finalità istituzionali della Banca del Cordone.

Autorizzo, inoltre, l'invio a mio nome in chiaro, del kit che verrà utilizzato, alla struttura sanitaria scelta per la donazione del sangue placentare ed all'invio della documentazione necessaria, alla struttura da me indicata per la verifica a 6-12 mesi dal parto per l'esecuzione del controllo post-natale.

Sono, infine, disponibile ad inviare alla Banca del Sangue Cordonale di Sciacca il certificato del mio bambino, dopo 6-12 mesi dalla nascita, attestante l'assenza di malattie genetiche.

N.B.: Il Titolare del trattamento ai sensi del D. Lgs. 196/2003 è l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Civili Riuniti di Sciacca". Il conferimento dei dati è necessario per l'esecuzione di tutti gli adempimenti conseguenti all'iter della donazione e la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di procedere alla donazione stessa. Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'Art. 7 del citato Codice ed, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della Legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le richieste al Responsabile del Trattamento dei dati personali: Dott. Pasquale Gallerano - Direttore dell'U.O. di Microcitemia e Medicina Trasfusionale, Via Pompei, 1 C.da Seniazza, tel. 0925-962111.

Dati del Partner

Cognome _____ **Nome** _____

nato a _____ () **il** _____ / _____ / _____

Telefono _____

Firma Donatrice _____

Inviare via fax alla Banca del Sangue Cordonale al numero 0925-21852 oppure 0925-22221.

Per comunicazioni tel 335-7391293