



**CONSENSO INFORMATO  
AL TRATTAMENTO CON EMODERIVATI**

M C 12/01 R

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 da virus dell'emodeficienza, 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

