

CONSENSO DEI CONGIUNTI ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

Etichetta paziente

1. Apponendo la firma, confermate di essere stati informati in modo esaustivo sulla diagnosi e sulla prognosi del suddetto paziente e di aver compreso le informazioni ricevute.
2. Apponendo la firma, confermate di essere stati informati sui provvedimenti medici preparatori necessari per una donazione di organi.
3. La donazione di organi e tessuti corrisponde alla presunta volontà del suddetto paziente.

Acconsentite al prelievo dei seguenti organi e tessuti e ai relativi provvedimenti medici preparatori dopo l'accertamento del decesso conformemente alle direttive dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM).

- a) Tutti gli organi e tessuti:
- b) Determinati organi e tessuti:
- | | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cuore | <input type="checkbox"/> Polmone | <input type="checkbox"/> Fegato | <input type="checkbox"/> Pancreas |
| <input type="checkbox"/> Reni | <input type="checkbox"/> Intestino tenue | <input type="checkbox"/> Valvole cardiache e vasi sanguigni | <input type="checkbox"/> Cornea |
| <input type="checkbox"/> Altri tessuti e cellule: _____ | | <input type="checkbox"/> Sclera | |

Utilizzo per finalità di ricerca

Qualora, per ragioni d'ordine medico, non sia possibile effettuare un trapianto, gli organi, i tessuti e le cellule espianati/e potranno essere utilizzati/e per finalità di ricerca (esclusivamente nell'ambito di studi autorizzati da una commissione d'etica e da Swisstransplant/CNDO; il riscontro in merito agli organi, ai tessuti, alle cellule utilizzati/e dovrà essere fatto pervenire a Swisstransplant entro sette giorni dall'avvenuto espianto).

- Sì No

Se, per ragioni d'ordine medico, eventuali organi/tessuti/cellule non possono venir trapiantati/e e ne viene approvato l'utilizzo nell'ambito di un progetto di ricerca autorizzato, è necessario compilare il modulo aggiuntivo «Utilizzo di organi/tessuti/cellule a scopo di ricerca».

CONSENSO DEI CONGIUNTI O DI UNA PERSONA DI FIDUCIA DEL PAZIENTE

Con la firma si conferma:

- di aver letto e compreso il presente documento.
 - di essere stati informati in modo esaustivo sulla donazione di organi e tessuti.
- di aver avuto la possibilità di porre domande e di aver ricevuto risposte soddisfacenti.

| | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Cognome/nome: | Rapporto di parentela: |
| Luogo/data: | Firma: |

Girare la pagina

CONFERMA DEL MEDICO SPECIALISTA

Con la firma si conferma:

- che i congiunti sono stati informati in modo esaustivo sulla diagnosi e sulla prognosi del paziente.
- che i congiunti sono stati informati sui provvedimenti medici preparatori di una donazione di organi e tessuti.
- che i congiunti sono stati informati sugli esami necessari e sulla procedura di donazione di organi e tessuti e sulle differenti tecniche di espanto.

Il colloquio si è svolto: di persona

telefonicamente Data: _____ Nome del congiunto: _____

Cognome/nome:

Luogo/data:

Firma: