



**Banca
delle
Cornee**

ASO S. Giovanni Battista – Torino
Banca delle Cornee della Regione Piemonte
**AUTORIZZAZIONE ALLA CONSERVAZIONE DI
 TESSUTO AUTOLOGO**

MOD16
 Revisione 1
 09-06-2008

Il/La sottoscritto/a _____ Sesso M F
 nato a _____ Prov _____ il _____
 residente a _____ Prov. _____ CAP _____
 in via _____
 telefono _____ / _____ Codice Fiscale _____

esaurientemente informato dal Dr. _____
 del tipo di intervento chirurgico di paratiroidectomia a cui verrò sottoposto e della
 necessità di asportare il mio tessuto paratiroideo

AUTORIZZA

la Banca delle Cornee della Regione Piemonte a:

- conservare il tessuto paratiroideo che mi sarà prelevato nel corso di intervento perché sia conservato a scopo di autotrapianto, ai sensi delle "Linee Guida per il Prelievo, la Processazione e la Distribuzione di Tessuti a Scopo di Trapianto" adottate dal Centro Nazionale Trapianti ed attualmente in vigore;
- ad eliminarlo o ad impiegarlo a scopo di ricerca, nel caso in cui il tessuto da me depositato non fosse utilizzato a tal fine, in quanto ritenuto non idoneo o perché sia trascorso il tempo considerato utile per garantire qualità e sicurezza dell'innesto, calcolato in 5 anni dalla data del prelievo la Banca delle Cornee della Regione Piemonte;
- conservare una aliquota del mio plasma, ai sensi "Linee Guida per il Prelievo, la Processazione e la Distribuzione di Tessuti a Scopo di Trapianto" adottate dal Centro Nazionale Trapianti ed attualmente in vigore.

Data	Struttura sanitaria sede di prelievo	Reparto/Sala operatoria	Firma paziente

In caso di impedimento psico-fisico del paziente

Data	Firma dell'avente diritto	Qualifica

Data	Cognome e nome del medico	Firma

Il/La sottoscritto/a _____ ,
 acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d), nonché art. 26 del DLgs196/2003, tra cui si annoverano i dati "personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale":

PRESTA IL SUO CONSENSO

per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nella informativa.

Luogo e Data _____ Firma _____

Da inviare **entro 24 ore** dalla raccolta alla:
 Banca delle Cornee della Regione Piemonte - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista
 C. Bramante 88 - 10126 Torino **Fax: 011 6334363**