

 SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio	AUTORIZZAZIONE ALLA CONSERVAZIONE DI TESSUTO AUTOLOGO	MODU.BTMC.D001 .07	Rev. 1
	Modulo	18/01/2021	Pagina 1 di 1

Io sottoscritto/a

Nato/a a..... il.....

Residente a..... CAP.....

Via/Corso..... Tel.....

- Esaurientemente informato/a dal Dr./Dr.ssa che si è resa necessaria l'asportazione chirurgica in regime di emergenza della mia teca cranica/del mio tessuto
- E informato che tale tessuto è stato inviato alla Banca dei Tessuti Muscolo-Scheletrici della Regione Piemonte e Valle d'Aosta (BTM), situata presso il presidio CTO dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino,

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

la BTM alla certificazione e alla conservazione del tessuto al solo scopo di trapianto autologo, nonché all'esecuzione della ricerca dei markers virali HIV, HBV, HCV, Ab anti-Treponema previsti per legge dal 66/CSR del 08/03/2018 e di quelli legati alla sorveglianza epidemiologica delle infezioni periodicamente endemiche.

Nel caso in cui il tessuto da me depositato abbia superato il tempo considerato utile per garantire qualità e sicurezza dell'innesto, calcolato in 2 anni dalla data del prelievo, autorizzo la BTM ad eliminarlo.

Autorizzo altresì la BTM alla conservazione presso il Bioconservatorio della Città della Salute e della Scienza di Torino per un tempo non inferiore ai 30 anni di un'aliquota del campione ematico a me prelevato contestualmente all'intervento.

Per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni sopra indicate si rimanda all'informativa aziendale, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679.

Data e luogo.....

Firma del paziente.....

Firma e timbro del medico che acquisisce l'autorizzazione

.....