DATI IDENTIFICATIVI DELLA DONATRICE

La sottoscritta:

Cognome e nome ……

Data e luogo di nascita …… Prov. ……

Residente a …… Prov. ……

Indirizzo…… n°…… CAP……

Tel. …… C.F. ……

- Informata della possibilità che la Membrana Amniotica, prelevata dalla placenta, può essere utilizzata per impianto clinico di tessuto
- Assicurata che il prelievo non comporta rischi né per sé né per il neonato
- Assicurata che il prelievo non comporta alcuna spesa a carico della donatrice
- Resa consapevole sulla necessità di rendersi disponibile ad effettuare un prelievo di sangue antecedente al parto e ad effettuare un colloquio sulle proprie abitudini di vita
- Resa consapevole sulla necessità di eseguire esami ematici per la ricerca di HIV, HBV, HCV, Ab anti treponema e quelli legati alla sorveglianza epidemiologica delle infezioni periodicamente endemiche
- Informata che un campione del sangue prelevato verrà conservato per almeno 30 anni
- Informata che in futuro non potrà avanzare alcun diritto sulla Membrana Amniotica raccolta
- Informata che il tessuto non è più idoneo al trapianto allo scadere dei 5 anni dalla data del prelievo e verrà eliminato dalla BMA
- Informata che, in seguito alla donazione, riceverò presso l'indirizzo di residenza da me fornito, una lettera di ringraziamento per la donazione effettuata
- Ricevuta garanzia che i dati personali saranno coperti da segreto professionale ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e D.Lgs. 101/2018

☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO
alla donazione della Membrana Amniotica che sarà prelevata dopo il parto

☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO
a ricevere una lettera di ringraziamento per la donazione

- **Nel caso in cui la Membrana Amniotica non fosse idonea all'utilizzo clinico**

☐ ACCONSENTO che venga utilizzata a scopo di ricerca

☐ NON ACCONSENTO che venga utilizzata a scopo di ricerca ma che venga eliminata come avviene di norma dopo il parto

Data …… Firma della donatrice ……

Nome e cognome del medico che ha raccolto il consenso……

Firma del Medico

……