

La sottoscritta, in qualità di MADRE:

|                         |  |  |  |                   |  |         |   |
|-------------------------|--|--|--|-------------------|--|---------|---|
| Cognome:                |  |  |  | Nome:             |  |         |   |
| Data di nascita:        |  |  |  | Luogo di nascita: |  |         |   |
| Cod. Fiscale:           |  |  |  | Sesso:            |  | M       | F |
| Indirizzo di residenza: |  |  |  |                   |  | N° civ. |   |
| Città:                  |  |  |  | Prov.             |  | C.A.P.  |   |
| Tel. abitazione:        |  |  |  | Tel. cellulare:   |  |         |   |
| Tel. lavoro:            |  |  |  | E-mail:           |  |         |   |

Il sottoscritto, in qualità di PADRE:

|                         |  |  |  |                   |  |         |   |
|-------------------------|--|--|--|-------------------|--|---------|---|
| Cognome:                |  |  |  | Nome:             |  |         |   |
| Data di nascita:        |  |  |  | Luogo di nascita: |  |         |   |
| Cod. Fiscale:           |  |  |  | Sesso:            |  | M       | F |
| Indirizzo di residenza: |  |  |  |                   |  | N° civ. |   |
| Città:                  |  |  |  | Prov.             |  | C.A.P.  |   |
| Tel. abitazione:        |  |  |  | Tel. cellulare:   |  |         |   |
| Tel. lavoro:            |  |  |  | E-mail:           |  |         |   |

Dichiariamo, in merito alla raccolta e conservazione di sangue di cordone ombelicale di nostro/a figlio/a conservata da oltre 10 anni presso la Banca \_\_\_\_\_ e riservata per

- uso autologo dedicato  
 fratello/sorella  
 futuro fratello/sorella  
 madre  
 padre  
a favore di .....( Cognome e Nome, se disponibile)

- di aver letto e compreso la scheda informativa sulla conservazione a lungo termine e di aver avuto la possibilità di fare domande e chiarire i nostri dubbi con il personale sanitario della Banca;
- di aver letto e compreso i termini di questo consenso e di averne ricevuto copia;
- di aver compreso che l'utilizzo dell'unità è vincolato ai termini di legge in materia trasfusionale e trapianto di cellule staminali;
- di aver compreso che la conservazione ad uso autologo dedicato o allogeneico dedicato è condizionata dall'ottemperanza alle indicazioni di patologia come da elenco allegato al DM 2009 , alle indicazioni di tipologia del ricevente (fratello, futuro fratello) come spiegato nella scheda informativa di aggiornamento ed al cut off di cellularità di 500 x 10<sup>6</sup>;
- di aver compreso che la conservazione a lungo termine ad uso dedicato è condizionata dal grado di compatibilità HLA tra donatore e ricevente (minimo grado accettabile 4/6 loci antigenici, HLA-A, B, DRB1 con metodica molecolare a bassa risoluzione);
- di aver compreso che dopo valutazioni scientifiche, tecniche e cliniche, i termini e l'indicazione alla ulteriore conservazione della unità cordonale di nostro figlio/a sono stati rivalutati dalla Banca e che non sussistendo più tali criteri di idoneità per la seguente motivazione:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

l'unità verrà:

- eliminata  
 utilizzata per ricerca

\_\_\_\_\_  
Cognome e Nome della madre/  
esercente potestà

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>ITALIAN</b><br><b>Cord</b><br><b>Blood</b><br><b>Network</b> | <b>Consenso Informato allo Smaltimento di<br/> sangue cordonale conservato per uso<br/> Autologo Dedicato</b> | <b>MOD.ITCBN.004</b><br>Rev. 0 del<br>18/11/2016 |
|---|---|--|

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Cognome e Nome del padre/                      Firma                      Data  
esercitante potestà

***A cura dei/i sanitario/i che ha/hanno fornito le informazioni e raccolto il consenso***

Dichiaro/iamo di aver fornito esaurienti informazioni e risposte alle domande poste circa lo scopo e le modalità della conservazione a lungo termine del sangue cordonale ad uso autologo dedicato-allogenico dedicato e le possibili alternative.

Ritengo/iamo che la coppia abbia compreso le informazioni fornite e abbia liberamente consentito alla proposta.

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e nome .....Qualifica.....

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

|  |
|--|
| BANCA<br>Referenti Banca<br>Indirizzo Banca<br>Contatti (tel, fax, mail) |
|--|