



Banca delle Cellule e del Tessuto Muscoloscheletrico

Direttore: dott. Pier Maria Fornasari

## CONSENSO INFORMATO ALL'INNESTO/TRAPIANTO DI TESSUTO MUSCOLOSCHIELETRICO NEI MINORI

Io sottoscritto/a .....  
nato/a il ...../...../.....,  genitore o  tutore  
di.....  
nato/a il ...../...../....., a ..... e  
candidato/a ad intervento di.....  
dichiaro di essere stato informato dal prof./dr.....

- verrà innestato/trapiantato a mio/a figlio/a tessuto muscoloscheletrico proveniente da donatore (vivente o cadavere), fornito dalla Banca delle Cellule e del Tessuto Muscoloscheletrico di riferimento per la Regione Emilia-Romagna;
- che tale innesto/trapianto, ad un attento bilancio dei rischi e benefici correlati ed a quelli connessi a possibili alternative, nonché alla luce della nostra esperienza, per questo intervento chirurgico rappresenta la più valida soluzione terapeutica;
- che il donatore, a tutela del ricevente, è stato sottoposto a tutti i controlli previsti dalla legge per limitare, a livelli trascurabili, il rischio residuo di malattie trasmissibili;
- che il tessuto donato è stato sottoposto a controlli e procedure atte a garantirne la qualità e la sicurezza, in conformità a quanto previsto dalle “Linee guida per il prelievo, la processazione e la distribuzione di tessuti a scopo di trapianto”.

Pertanto:  **ACCONSENTO**  **NON ACCONSENTO**

all'innesto/trapianto di tessuto osseo.

Data ...../...../.....

Firma del genitore (padre) ..... Documento N° .....

Firma del genitore (madre) ..... Documento N° .....

Firma di eventuale tutore ..... Documento N° .....

Firma del medico.....

Firma di eventuale interprete.....

