



Banca delle Cellule e del Tessuto Muscoloscheletrico

Il Direttore: dott. Pier Maria Fornasari

## CONSENSO ALLA DONAZIONE AUTOLOGA DI TESSUTO MUSCOLOSCHIELETRICO

Data.....

Io sottoscritto/a.....,

nato/a il...../...../....., ricoverato presso il Reparto .....

dell'Ospedale....., candidato/a

ad intervento chirurgico di.....

acconsento che il tessuto muscoloscheletrico asportatomi durante l'intervento stesso

venga:  conservato  liofilizzato  irradiato

presso la Banca delle Cellule e del Tessuto Muscoloscheletrico IOR e sia impiegato, se necessario, ad uso esclusivamente autologo, nel caso fossi sottoposto a ulteriore intervento chirurgico.

Dichiaro di essere stato chiaramente informato dal prof/dr.....  
relativamente a:

- finalità della donazione autologa
- adeguata conservazione e trattamento del tessuto in modo da preservarne la qualità, secondo quanto definito dalla "Linee guida per il prelievo, la processazione e la distribuzione di tessuti a scopo di trapianto" ;
- non utilizzo del tessuto prelevatomi su altri pazienti riceventi;
- automatica eliminazione, in caso di mancato utilizzo, del tessuto prelevatomi, una volta raggiunta la data di scadenza;
- automatica eliminazione in caso di positività ad analisi che ne controindichino l'utilizzo;
- procedura di sterilizzazione, mediante irradiazione a raggi gamma, nel caso di positività microbiologica.

Autorizzo altresì il personale della Banca delle Cellule e del Tessuto Muscoloscheletrico al trattamento dei miei dati, in ottemperanza al DLgs n° 196 del 30 giugno 2003, e successive modificazioni/integrazioni.

Firma del paziente .....

Firma del medico .....

