

NOME E COGNOME.....N° C/C.....

CONSENSO INFORMATO PER IL CATETERISMO OMBELICALE

Io sottoscritto/a..... nato a..... il...../...../.....

genitore del neonato..... nato il...../...../.....

DICHIARO DI ESSERE STATO INFORMATO IN MODO CHIARO E A ME INTERAMENTE COMPRENSIBILE

DAL DOTI.....

- Che per la situazione clinica di mio/a figlio/a potrebbe essere necessario introdurre nella vena ombelicale un catetere per eseguire infusione di liquidi, somministrazione di farmaci ect...
- Che tale metodica, per quanto raramente può comportare alcune complicanze quali infezioni, rottura del catetere nel vaso, aritmie cardiache, ipertensione portale etc.....
- Che vi sono connessi rischi alla terapia trattamento, come a quelli che potrebbero derivare se non acconsento al trattamento

CONSCIO/A DI QUANTO SOPRA :

ACCONSENTO FIRMA DEL GENITORE padre.....

FIRMA DEL GENITORE madre.....

NON ACCONSENTO FIRMA DEL GENITORE padre.....

FIRMA DEL GENITORE madre.....

FIRMA DEL MEDICO.....

DATA.....

NOME E COGNOME.....N° C/C.....

CONSENSO INFORMATO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI

Io sottoscritto.....nato ail...../...../.....

Genitore del neonato.....nato il...../...../.....

Dichiaro di essere stato informato in modo chiaro e a me comprensibile dal Dott.....

- Che la situazione clinica di mio/a figlio/a può richiedere di sottoporlo/a ad un trattamento terapeutico con emoderivati (immunoglobuline, derivati di plasma umano, piastrine ed emazie concentrate)
- Che tale trattamento terapeutico rappresenta una terapia NON esente da rischi sia dal punto di vista della trasmissione di malattie infettive che da quello immunologico.
- Che vi sono connessi rischi a tale terapia trattamento come a quelli che potrebbero derivare se non acconsento.

ACCONSENTO NON ACCONSENTO FIRMA DEL GENITORE.....
.....
.....

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI IMMUNOGLOBULINE ANTIEPATITE B

ACCONSENTO *NON ACCONSENTO*

alla somministrazione delle immunoglobuline antiepatite B quale profilassi nel caso in cui la madre è HBSAg positiva

FIRMA DEL GENITORE.....

FIRMA DEL MEDICO.....

DATA.....