

**CONSENSO INFORMATO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI EMO DERIVATI**

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

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.....  
.....

.....