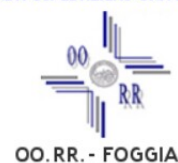


DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)



REGIONE PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA



CONSENSO INFORMATO PER PAZIENTI CON BMI > 30

Io sottoscritto _____ sono stato esaurientemente informato dal Dott. _____ su quanto segue:

il trapianto in pazienti con Body Mass Index (BMI) > 30 comporta un aumentato rischio di complicanze chirurgiche intra-peri e post-operatorie, infettive, cardiovascolari e metaboliche oltre che un aumentato rischio di ritardata ripresa funzionale dell'organo trapiantato. Sono stato/a inoltre invitato/a a seguire un regime dietetico per ridurre l'indice di massa corporea, a sottopormi a una valutazione endocrinologica e di chirurgia generale per eventuale intervento di chirurgia bariatrica, ma non avendo ad oggi raggiunto il BMI richiesto, consapevole dei rischi sopra riportati, confermo ugualmente la disponibilità ad essere sottoposto/a all'intervento di trapianto di rene.

Dichiaro di aver letto e compreso quanto sopra indicato.

Firma del paziente _____ Data _____

Firma del medico _____ Data _____

DICHIARAZIONE DEL MEDICO CHE HA RACCOLTO IL CONSENSO/RIFIUTO

Io sottoscritto _____, confermo ed attesto in modo consensuale alla sottoscrizione del Sig/ra _____, che lo/a stesso/a, a mio avviso, ha interamente compreso quanto sopra esposto punto per punto.

Firma del medico _____ Data _____