

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)



REGIONE PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA



PROGRAMMA DI TRAPIANTO DI RENE DA DONATORE ANTI-HBcAb POSITIVO

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

Nonostante il notevole incremento del numero di donatori registrato in Italia negli ultimi anni, la possibilità di soddisfare le richieste di trapianto di organi, come il rene, rimane ancora insufficiente. Per aumentare il numero di donatori è stata considerata la possibilità di utilizzare donatori HBcAb positivi. In questo caso il donatore è da ritenersi IDONEO A RISCHIO TRASCURABILE. Il trapianto di rene da donatore negativo per HBsAg e positivo per l'anticorpo anticore del virus B non comporta un rischio ulteriore a favore di pazienti HBsAg positivi o HBsAg negativi nel caso in cui questi ultimi siano stati vaccinati per l'infezione da virus B. Il trapianto di rene da donatori HBcAb positivi in pazienti HBsAg e HBsAb negativi non vaccinati o vaccinati con documentata assenza di risposta "non responder", presenta un rischio particolarmente basso di trasmissione di epatite B al ricevente, ma tale rischio non è assente ed è, pertanto, necessario far sottoscrivere specifico modulo di consenso informato.

La partecipazione a tale programma di trapianto è del tutto volontaria e non implica alcuno svantaggio nell'assegnazione degli organi.

So che potrò ritirare la mia disponibilità al programma in ogni momento senza che questo possa pregiudicare il proseguimento delle cure mediche o la eventuale assegnazione di un organo da altre tipologie di donatori.

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)



REGIONE PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA



OO.RR. - FOGGIA

Ho compreso i contenuti del programma che mi è stato sottoposto e ho avuto risposte chiare ed esaurienti alle mie domande.

Con la sottoscrizione di questo Consenso Informato accetto di essere trapiantato anche con organi di un donatore HBcAb positivo.

Dichiaro di aver letto e compreso quanto sopra indicato.

Firma del paziente _____ Data _____

Firma del medico _____ Data _____

Consenso informato al momento della disponibilità dell'organo e del trapianto:

Sono stato informato dal Dott. _____ che è oggi disponibile un organo da donatore anti HBcAb positivo. Confermo la mia disponibilità ad essere trapiantato con organi prelevati da donatore HBcAb positivo.

Firma del paziente _____ Data _____

Firma del medico _____ Data _____