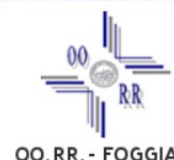


DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)



REGIONE PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA



PROGRAMMA DI TRAPIANTO DI RENE DA DONATORE ANTI-HCV POSITIVO CON HCV-RNA NEGATIVO

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 anti-HCV positivi con HCV-RNA negativo. In questo caso il donatore è da ritenersi IDONEO A RISCHIO TRASCURABILE. Il trapianto di reni provenienti da questi donatori, si associa ad un rischio particolarmente basso di trasmissione dell'infezione e può essere effettuato in tutti i riceventi, previa acquisizione e sottoscrizione di apposito consenso.

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. 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 anti-HCV positivo con HCV-RNA negativo.

Dichiaro di aver letto e compreso quanto sopra indicato.

Firma del paziente _____ Data _____

Firma del medico _____ Data _____

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)



REGIONE PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA



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-HCV positivi con HCV-RNA negativo. Confermo la mia disponibilità ad essere trapiantato con organi prelevati da donatore anti-HCV positivi con HCV-RNA negativo.

Firma del paziente _____ Data _____

Firma del medico _____ Data _____