

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER PAZIENTI CANDIDATI AL TRAPIANTO

DI RENE CON ORGANI DA DONATORI POSITIVI PER SARS-CoV-2

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ candidato/a al trapianto di rene presso il centro di _____ dichiaro che
sono stato/a esaurientemente informato/a dal Dott. _____ su quanto segue:

Per incrementare le mie probabilità di ricevere un trapianto, i medici del Centro Trapianti mi propongono di ricevere un organo proveniente da donatore che ha contratto il virus SARS-CoV-2, responsabile della malattia denominata COVID-19.

Sono stato/a informato/a dettagliatamente che sono stati definiti alcuni criteri, redatti dal Centro Nazionale Trapianti, e condivisi dai Centri trapianto italiani, che prevedono in particolare quanto segue:

- l'organo proviene da donatore nel quale la positività per il virus SARS-CoV-2 è stata riscontrata occasionalmente, e non è correlata alla causa di morte;
- l'organo mi viene proposto in quanto sono guarito/a dall'infezione da almeno 14 giorni oppure ho completato il ciclo vaccinale con 3 dosi (quindi si presume che sia protetto/a da eventuale nuovo contatto con il virus);
- i medici del Centro trapianti inoltre ritengono che, a causa delle mie condizioni cliniche, i rischi di una mia ulteriore permanenza in lista siano superiori a quelli, fino ad ora noti, della eventuale trasmissione di SARSCoVV-2 dal donatore.

Le esperienze preliminari effettuate nel nostro paese con l'utilizzo di organi da donatori con infezione attiva da SARS-CoV-2 non hanno comportato alcuna conseguenza negativa ai riceventi. Sono stato/a informato/a che tale evenienza non può essere comunque esclusa in futuro. Inoltre, proprio per la mancanza di segnalazioni di episodi di trasmissione da donatore, non è noto quali rischi questa possa comportare per il ricevente. Mi è stato inoltre confermato che la valutazione d'idoneità del donatore e degli organi, in tutti i

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)



REGIONE PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA



Centri Italiani, è sempre eseguita con gli stessi criteri normalmente in uso e cioè collegialmente ad opera di tutti i sanitari coinvolti nelle attività di prelievo e trapianto in collaborazione con il rispettivo Centro regionale per i Trapianti, con la struttura operativa del Centro Nazionale Trapianti e con il supporto di esperti infettivologi dedicati a questa attività (Second Opinion infettivologica Nazionale). Al fine di verificare la sicurezza del trapianto, verrò sottoposto/a a controlli specifici al momento del trapianto finalizzati a valutare il mio stato immunitario nei confronti dell'infezione da SARS-CoV-2, nonché l'eventuale presenza di infezione attiva e nel post-trapianto per verificare che effettivamente non si sia verificata la trasmissione dell'infezione.

Preso atto di tutto quanto sopra esposto, io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ candidato/a al trapianto di rene presso il Centro di _____ dichiaro di aver ricevuto le informazioni e che ho compreso quanto mi è stato spiegato dal Dott./Prof. _____

Pertanto dichiaro di:

☐ acconsentire

☐ non acconsentire

a ricevere il trapianto con organo prelevato da donatore con infezione attiva da SARS-CoV-2 e di sottopormi ai controlli specifici previsti dal Centro Nazionale Trapianti.

Firma del paziente _____ Data _____

Firma del medico _____ Data _____