

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)



REGIONE PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA



Modulo Informativo per il candidato ricevente

ADESIONE AL PROGRAMMA DI TRAPIANTO DI RENE DA DONATORE VIVENTE

Io sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____ a _____

Sono stato esaurientemente informato dal Dott. _____ su quanto segue:

Il trapianto di rene da donatore vivente è un'opportunità terapeutica aggiuntiva a quello da donatore cadavere ed è un atto a titolo del tutto gratuito e volontario. Lo si mette in atto qualora una coppia di consanguinei o emozionalmente relati manifesti una esplicita e motivata richiesta di avvalersi del trapianto da donatore vivente e si riveli biologicamente compatibile a seguire la procedura. Mi è stato spiegato che la probabilità di successo del trapianto da donatore vivente pur essendo elevata non è scevra da rischi e quindi non può essere in alcun modo garantita.

Mi è stato inoltre spiegato che la valutazione di fattibilità del trapianto di rene riguarderà non solo aspetti clinici e immunologici, ma anche eventuali aspetti psicologici e motivazionali effettuati da una parte terza nei modi e nei tempi che mi indicherà il centro trapianti. Sono stato inoltre informato della possibilità di essere inserito in lista di attesa da donatore cadavere e dei risultati raggiunti, in termini di sopravvivenza organo e paziente, in tale programma.

Al termine dell'iter di studio clinico-laboratoristico, strumentale e psicologico-psichiatrico, la coppia sarà valutata dalla Commissione di Parte Terza, individuata dal Centro Regionale di riferimento, un accertamento che verifichi, in modo indipendente dai curanti del ricevente (chirurgo trapiantatore e nefrologo), le motivazioni della donazione, la conoscenza dei potenziali fattori di rischio e delle reali possibilità del trapianto in termini di sopravvivenza dell'organo e del paziente, l'esistenza di un legame affettivo con il ricevente (in assenza di consanguineità o di legami di legge) e la reale disponibilità a un consenso libero e informato (Decreto del Ministero della Salute n° 116, 16 aprile 2010).

So che i miei dati anagrafici, clinici e immunologici saranno inseriti in un registro unico nazionale curato dal Centro Nazionale Trapianti a cui confluiranno anche i dati di follow-up post trapianto e che il registro sarà gestito in conformità alle norme che regolano la tutela dei dati personali.

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)



REGIONE PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA



OO.RR. - FOGGIA

So che dovrò sottopormi agli accertamenti clinici, strumentali e immunologici necessari all'esecuzione dell'intervento, secondo le indicazioni del centro trapianti. Mi è stato spiegato che alcuni degli esami potrebbero essere invasivi e che riceverò comunque le adeguate spiegazioni dei singoli specialisti che li metteranno in atto. So che la procedura di trapianto potrebbe non essere completata se il donatore dovesse ritirare il proprio consenso all'ultimo momento o se il chirurgo rilevasse una non prevista inidoneità dell'organo che dovrei ricevere.

Ho compreso che dopo il trapianto dovrò sottopormi alla terapia immunosoppressiva, secondo i protocolli in uso presso il Centro Trapianti e accetto che i dati relativi alla mia partecipazione a questo programma siano utilizzati, in forma anonima, per eventuali pubblicazioni scientifiche.

Mi è stato inoltre spiegato che la partecipazione al programma di trapianto è del tutto volontaria e non implica alcun obbligo del donatore nei miei confronti, né miei nei suoi.

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 questa Informativa accetto di essere trapiantato con un organo prelevato dal donatore vivente a me legato.

Dichiaro di aver letto e compreso quanto sopra riportato.

- ☐ Acconsento
- ☐ Rifiuto

Firma del paziente ricevente _____ Data_____

Firma del medico_____ Data_____

Luogo _____