

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA



REGIONE PUGLIA



Modulo Informativo per il candidato donatore

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:

La donazione del rene a scopo di trapianto è un atto del tutto volontario e a titolo gratuito che non deriva da obblighi assunti in passato e non implica alcun obbligo del ricevente nei miei confronti, né miei nei suoi.

Lo si mette in atto quando donatore e ricevente, manifestando e motivando il desiderio di avvalersi di tale opportunità, si rivelino biologicamente compatibili a seguire la procedura. Sono stato informato che la probabilità di successo del trapianto da donatore vivente, pur essendo elevata, non può essere in alcun modo garantita. So che per accertare l'idoneità e la compatibilità fra me e il ricevente a me legato è necessario effettuare accertamenti clinici, strumentali immunologici e sierologici (fra cui HIV, test per l'epatite, la lue etc) alcuni dei quali possibilmente invasivi, di cui riceverò adeguata informazione dagli specialisti che li metteranno in atto. Mi è stato spiegato che la nefrectomia ovvero il prelievo del mio rene nativo, può alterare il mio stato di salute e in rarissimi casi può portare a rischi anche fatali per me.

Mi è stato spiegato che la valutazione di fattibilità del trapianto di rene riguarderà non solo aspetti clinici e immunologici, ma anche eventuali aspetti psicologici che saranno effettuati nei tempi che mi indicherà il centro trapianti.

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).

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE)



REGIONE PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA



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 miei dati di follow-up e che il registro sarà gestito in conformità alle norme che regolano la tutela dei dati personali.

Mi è stato inoltre spiegato che ho facoltà di esprimere la mia rinuncia al prelievo in qualsiasi momento in tal caso la procedura verrebbe contemporaneamente fermata anche sul ricevente. So che la procedura di prelievo dell'organo potrebbe non essere completata se all'atto chirurgico dovesse essere evidenziata una non prevista idoneità del mio organo.

Ho compreso che dopo il prelievo del rene dovrò sottopormi ai controlli clinici di follow-up, 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.

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 sottopormi all'iter diagnostico per la valutazione di idoneità al prelievo di rene a scopo di trapianto terapeutico e, in caso di idoneità, e con le riserve sopra indicate, di sottopormi al prelievo stesso in favore del ricevente a me legato.

Dichiaro di aver ricevuto una corretta e completa informazione e di aver letto e compreso quanto sopra riportato.

- Acconsento
- Rifiuto

Firma del paziente donatore _____ Data _____

Firma del medico _____ Data _____

Luogo _____