

## 2. Consenso informato alla donazione di sangue placentare

I sottoscritti:

- 2.1. Informati della possibilità che il sangue placentare contenuto nel cordone ombelicale può essere utilizzato come fonte di cellule staminali per il trapianto allogenico (trapianto di midollo tra non consanguinei) in alternativa alla usuale donazione di midollo osseo da parte di volontari adulti;
- 2.2. Assicurati che la raccolta del sangue placentare non comporta alcun rischio né per la madre né per il neonato;
- 2.3. Consapevoli della necessità di dover fornire notizie sul nostro stato di salute e su quello del neonato;
- 2.4. Consapevoli che la madre donatrice dovrà sottoporsi al momento del parto e a 6 mesi da questo ad un prelievo di sangue per l'esecuzione tipizzazione tissutale, per lo screening infettivologico (test per l'epatite A, B e C, AIDS, Citomegalovirus, Toxoplasma, Sifilide) e per la determinazione delle transaminasi e della NAT;
- 2.5. Assicurati che la raccolta non comporta nessuna spesa a carico del donatore;
- 2.6. Informati che:
  - 1) solo le donazioni aventi le caratteristiche biologiche previste dalla Comunità Scientifica (volume di sangue e quantità di cellule) per il trapianto di midollo saranno utilizzate;
  - 2) in assenza di tali caratteristiche la donazione non è ritenuta idonea;
  - 3) in futuro non potremo avanzare nessun diritto sulla donazione;
  - 4) la donazione non idonea sarà eliminata;
  - 5) la donazione idonea potrà essere eventualmente utilizzata a scopo di ricerca o per controllo di qualità, qualora i responsabili della Banca ne ravvisassero la necessità;
  - 6) i dati della tipizzazione tissutale saranno inseriti nei registri dei donatori e non saranno resi noti ai genitori;
  - 7) sul sangue placentare raccolto dal cordone ombelicale potranno essere eseguiti test di screening per malattie genetiche;
  - 8) ricevuta garanzia che i nostri dati personali e quelli del sangue placentare saranno coperti da segreto professionale e impiegati secondo la legge 196/2003.

## 2. Informed consent to the donation of placental blood

The undersigned:

- 2.1. Having been informed of the possibility that the placental blood contained in the umbilical cord may be used as a source of stem cells for allogeneic transplant (bone marrow transplant between non blood relatives) as an alternative to the usual donation of bone marrow by adult voluntary donors;
- 2.2. Having been assured that the collection of placental blood involves no risk for either the mother or the baby;
- 2.3. Aware of the need to provide information on our state of health and on that of the newborn baby;
- 2.4. Aware that the donor mother must submit at the time of delivery and 6 months thereafter to the taking of a blood sample to carry out tissue typing, infectious disease screening (test for hepatitis A, B and C, AIDS, Cytomegalovirus, Toxoplasma, Syphilis), NAT (nucleic acid testing) and to determine transaminase levels;
- 2.5. Having been assured that the collection involves no expense for the donor;
- 2.6. Having been informed that:
  - 1) only donations having the biological characteristics established by the Scientific Community (volume of blood and quantity of cells) for bone marrow transplant will be used;
  - 2) in the absence of these characteristics the donation is considered unsuitable;
  - 3) in the future we will not be able to make any claim regarding the donation;
  - 4) an unsuitable donation will be eliminated;
  - 5) a suitable donation may possibly be used for the purpose of research or quality control, should those in charge of the Bank deem it necessary;
  - 6) the tissue typing data will be inserted in the donor registers and will not be made known to the parents;
  - 7) screening tests for genetic diseases may be carried out on the placental blood obtained from the umbilical cord;
  - 8) we are guaranteed that our personal data and data regarding the placental blood will be covered by the obligation of professional secrecy and used in accordance with Italian Law 196/2003.

## 3. ESPRIMIAMO IL CONSENSO

alla donazione del sangue placentare che sarà prelevato dopo il parto e che potrà essere utilizzato a scopo di trapianto allogenico.

## 3. WE GIVE OUR CONSENT

to the donation of the placental blood that will be taken after the delivery and that may be used for the purpose of allogeneic transplant.

3.1. COGNOME E NOME DELLA MADRE - SURNAME AND NAME OF THE MOTHER

3.2. LUOGO E DATA DI NASCITA - PLACE AND DATE OF BIRTH

3.3. INDIRIZZO VIA - ADDRESS STREET

3.4. CITTÀ - TOWN

3.5. TEL.

4. ISCRITTA REGISTRO DONATORI MIDOLLO OSSEO:  
ENTERED IN THE BONE MARROW DONOR REGISTER:

4.1. SÌ   
YES

4.2. NO   
NO

Treviso, li \_\_\_\_\_

5. LA MADRE - THE MOTHER

6. IL PADRE - THE FATHER

7. IL MEDICO/L'OSTETRICA  
THE DOCTOR/THE OBSTETRICIAN