

PARTE H**INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
PER LA DONAZIONE ALLOGENICA DI SANGUE CORDONALE E PER L' USO
DELLE UNITÀ NON IDONEE PER IL TRAPIANTO A SCOPO DI RICERCA**

Ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali" (Codice), La informiamo che i Suoi dati personali anche sensibili, saranno utilizzati esclusivamente per finalità sanitarie volte alla valutazione dell'idoneità alla donazione di sangue del cordone ombelicale.

L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, recapiti telefonici è necessaria per la Sua rintracciabilità. L'indirizzo email è facoltativo e può essere utilizzato per ricontattarla o inviarle altre comunicazioni riguardanti la donazione. Il trattamento dei dati sarà svolto in forma cartacea o elettronica, con adozione delle misure di sicurezza previste dalla legge.

I suoi dati personali non saranno diffusi

I suoi dati saranno comunicati esclusivamente nei casi e nei modi indicati dalla legge e dai regolamenti ai soggetti previsti, in particolare, in attuazione della normativa sulle malattie infettive trasmissibili.

In relazione all'esito di test effettuati sul sangue cordonale, solo se espressamente richiesti dal Centro Trapianto, per la ricerca di malattie ereditarie, può determinarsi la necessità del trattamento di dati genetici e della comunicazione di notizie inattese. E' suo diritto opporsi al trattamento di tali dati e limitare l'ambito di comunicazione degli stessi, per motivi legittimi. E' sua facoltà conoscere o meno i risultati degli esami volti ad accertare la presenza di malattie genetiche ivi comprese eventuali notizie inattese.

Nel caso di unità non idonee per il trapianto, La informiamo, inoltre, che i Suoi dati personali anche sensibili, saranno utilizzati esclusivamente per finalità sanitarie volte alla ricerca scientifica negli ambiti indicati all'articolo 2, comma 1, lettera f del decreto 18 novembre 2009 istitutivo della rete nazionale delle banche del sangue del cordone ombelicale. Per queste finalità, il sangue cordonale, se Lei acconsente, sarà utilizzato esclusivamente dalla Banca oppure da altre Banche afferenti alla Rete nazionale e dalle strutture ospedaliere del SSN eventualmente coinvolte, che operino in conformità alla normativa vigente.

Per le stesse finalità, il sangue cordonale o il relativo materiale biologico da esso derivato potrà essere trasferito ai predetti soggetti in maniera irreversibilmente anonimizzata per garantire la riservatezza.

Non verranno comunicati né i suoi dati personali né quelli di Suo/a figlio/.

I dati personali rimarranno invece conservati, con le dovute protezioni, dalla Banca di provenienza, dove soltanto il personale autorizzato avrà la possibilità di accedervi.

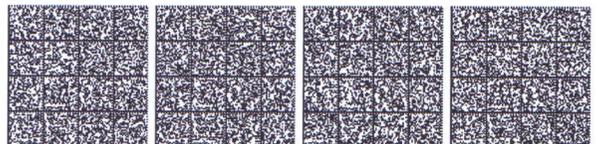
Lei può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Codice (accesso, integrazione, opposizione per motivi legittimi) rivolgendosi al personale indicato dal Centro di raccolta/servizio trasfusionale.

Il mancato consenso al trattamento dei suoi dati comporterà l'esclusione dalla donazione di sangue cordonale.

Il Titolare del trattamento è(indicare soggetto titolare ai sensi dell'art. 28 Del Codice – estremi identificativi)

Il Responsabile del trattamento è(indicare soggetto responsabile, ove designato, ai sensi dell'articolo 29 del Codice)

Per qualsiasi ulteriore informazione potrà rivolgersi al Responsabile della Banca di riferimento
....., tel.....



o al Responsabile del Centro di Raccolta
tel.....

Io sottoscritta _____
in qualità di madre, nata a: _____ il: _____
residente in Via _____, n. _____ Città _____
CAP: _____, telefono n.: _____ n. cellulare _____
e-mail _____

Io sottoscritto _____
in qualità di padre, nato a: _____ il: _____
residente in Via _____, n. _____ Città _____
CAP: _____, telefono n.: _____ n. cellulare _____
e-mail _____

acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e sensibili:

acconsento non acconsento

al trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano me stessa/o e mio/a figlio/a.

acconsento non acconsento

a conoscere i risultati di eventuali test effettuati per la ricerca di malattie ereditarie

Data _____ Firma della Madre _____

Firma del Padre _____

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e nome

Qualifica:.....

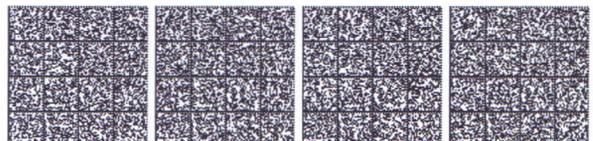
Data _____ Firma _____

PARTE I

**CONSENSO INFORMATO PER LA RACCOLTA E CONSERVAZIONE ALLOGENICA
DEL SANGUE CORDONALE E PER L'USO DELLE UNITÀ NON IDONEE PER IL
TRAPIANTO A SCOPO DI RICERCA**

Io sottoscritta _____
in qualità di madre, nata a: _____ il: _____
residente in Via _____, n. _____ Città _____
CAP: _____, telefono n.: _____ n. cellulare _____
e-mail (facoltativo) _____

Io sottoscritto _____
in qualità di padre, nato a: _____ il: _____



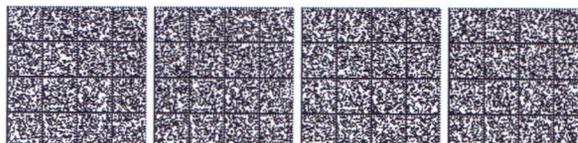
residente in Via _____, n. _____ Città _____
CAP: _____, telefono n.: _____ n. cellulare _____
e-mail (facoltativo) _____

acquisite le informazioni riportate nella "Scheda Informativa" e dopo essere stato/a informato/a:

1. Dichiaro di essere stata/o informata/o delle possibilità di impiego del sangue da cordone ombelicale.
2. Dichiaro di rinunciare alla conservazione del sangue cordonale ad esclusivo beneficio del neonato in qualsiasi momento della sua vita.
3. Ho compreso le informazioni e ho potuto effettuare domande ed ottenere chiarimenti.
4. Ho compreso che il rifiuto alla raccolta non comporterà conseguenze per la qualità dell'assistenza.
5. Ho compreso che la procedura di raccolta del sangue da cordone ombelicale non comporta rischi per la madre e per il bimbo.
6. Ho compreso che la raccolta può essere effettuata sia dopo parto fisiologico sia dopo parto cesareo.
7. Ho compreso che l'unità, se idonea, verrà messa a disposizione dei pazienti nazionali ed internazionali che necessitano di trapianto.
8. Ho compreso che non trarrò alcun vantaggio o diritto dalla donazione.
9. Acconsento ad essere intervistata/o per la raccolta dell'anamnesi personale e familiare e, se necessario, ad essere ricontattata/o per fornire ulteriori informazioni.
10. Acconsento (con riferimento alla madre) a sottopormi ad un prelievo di sangue venoso, sul quale verranno effettuati i test prescritti dalla legge per la sicurezza della donazione di sangue, inclusi i test per HIV e ad essere informata qualora venga evidenziata una positività sierologica.
11. Acconsento (con riferimento alla madre) a che un campione del mio sangue venga conservato dalla Banca ed utilizzato per test aggiuntivi qualora richiesti dal Centro Trapianti.
12. Acconsento a che i test, ivi compresi quelli relativi alla ricerca di malattie ereditarie, siano eseguiti anche su un campione della sacca di sangue da cordone ombelicale.
13. Acconsento (con riferimento alla madre) ad essere ricontattata/o per il controllo che deve essere effettuato dopo il parto per fornire informazioni sullo stato di salute del bambino.
14. Acconsento a comunicare alla Banca variazioni sullo stato di salute di mio figlio.

Dichiaro inoltre che qualora l'unità non sia idonea o perda l'idoneità per l'uso ai fini di trapianto:

1. acconsento che il materiale biologico prelevato possa essere conservato presso la Banca.....
2. acconsento che il campione che non sia idoneo (o che perda l'idoneità) per la conservazione a fini terapeutici, possa essere utilizzato per studi o ricerche scientifiche, negli ambiti indicati nella scheda informativa per la ricerca;
3. dichiaro che la partecipazione è volontaria;



4. acconsento all'eventuale trasferimento, a scopo di ricerca del materiale ad altre Banche afferenti alla Rete nazionale e/o alle strutture ospedaliere del SSN eventualmente coinvolte.

Data _____

Firma della Madre _____

Firma del Padre _____

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e nome

Qualifica:

Data _____

Firma _____

