

Dichiarazione di consenso per la chemioterapia ad alte dosi e il trapianto autologo di cellule staminali del sangue

Cognome / Nome del/la paziente *(o di un suo rappresentante legale)*:

Il/La sottoscritto/a (o il suo rappresentante legale) dichiara quanto segue:

- Sono stato/a informato/a sulla diagnosi, sulla natura della mia malattia e sulle possibili cure.
- Sono stato/a informato/a sul tipo e sullo svolgimento della chemioterapia ad alte dosi con trapianto autologo di cellule staminali del sangue, compresi i rischi ad esso legati.
- Ho letto le informazioni per i/le pazienti sul trapianto autologo di cellule staminali del sangue su questo sito Internet e ne ho capito il contenuto.
- Ho avuto sufficienti occasioni per porre domande e mi sono state date risposte soddisfacenti.
- Ho avuto abbastanza tempo per decidere e sono d'accordo con l'esecuzione della chemioterapia ad alte dosi e del trapianto di cellule staminali del sangue.
- Sono consapevole del mio diritto di ricusare ora o di revocare il consenso già dato, senza che ne derivino svantaggi per ulteriori cure mediche.
- Sono stato informato/a del fatto che gli specialisti autorizzati di Swiss Blood Stem Cell Transplantation and Cellular Therapy (SBST) trasmetteranno dati, senza indicare il nome del/la paziente, ai seguenti registri internazionali: EBMT (European Group for Blood and Marrow Transplantation, per l'Europa), Eurocord (trapianti con sangue del cordone ombelicale) e CIBMTR (Center for International Blood and Marrow Transplant Research, in tutto il mondo). I dati raccolti in questi registri sono valutati dal punto di vista scientifico. Queste informazioni sono anonimizzate e accessibili solo a specialisti. Una parte di esse è consultata e verificata dall'Ufficio federale della sanità pubblica. Tutte le persone autorizzate sono vincolate dal segreto professionale.
- La presente dichiarazione è valida fino a una sua revoca. Le informazioni previste dalla legge che concernono il trapianto di cellule staminali del sangue sono tuttavia trasmesse alle autorità competenti anche dopo l'eventuale revoca.
- Per le persone minorenni la presente dichiarazione è valida fino al compimento del 18° anno. Se necessario, saranno ricontattate in seguito per un'altra dichiarazione di consenso.

- Si**, acconsento all'esecuzione della chemioterapia ad alte dosi e del trapianto di cellule staminali del sangue.

Sono d'accordo che i dati concernenti il mio trapianto siano utilizzati in Svizzera per esami scientifici, eseguiti in forma codificata.

- Si** **No**

Sono d'accordo che dopo 10 anni le mie cellule staminali, fino ad allora inutilizzate, possano essere impiegate senza indicazione del nome, a scopi scientifici. Questo materiale è accessibile solo a specialisti, vincolati dal segreto professionale:

- Si** **No**

Ho capito che dopo 10 anni le mie cellule staminali possono essere distrutte o impiegate a scopi scientifici (vedi sopra) qualora non siano state utilizzate per me. Sono libero/a di contattare il centro di cellule staminali prima della scadenza di questo periodo e di predisporre un ulteriore deposito (organizzato e finanziato privatamente):

- Si** **No**

Nome del/la paziente *(o nome del/la rappresentante legale)*:

Firma:

Luogo e data:

Nome del medico che ha condotto la discussione:

Firma:

Luogo e data:
