



Consenso informato per donatrici e donatori apparentati e non apparentati di cellule staminali del sangue periferico

COGNOME: NOME:

GRID / RELATED-ID:

Sono stato informata/o del fatto che sono una donatrice, un donatore compatibile per una paziente o un paziente che necessita un trapianto di cellule staminali del sangue e che questa terapia potrebbe guarirla/o dalla sua malattia. Accetto di donare volontariamente le cellule staminali del sangue periferico (PBSC, Peripheral Blood Stem Cell) per questa paziente o questo paziente. In particolare confermo i seguenti punti:

- Ho ricevuto un'informazione orale e per scritto sulla donazione di PBSC.
- Ho ricevuto un'informazione orale e per scritto sui possibili effetti collaterali e i rischi della mobilitazione con G-CSF e della donazione di PBSC.
- Ho letto le informazioni per la donatrice e il donatore* e ne ho capito il contenuto.
- Ho avuto sufficienti occasioni per porre domande. Mi sono state date risposte soddisfacenti e ho avuto abbastanza tempo per decidere.
- Ho ricevuto le spiegazioni sulle analisi contemplate in vista della donazione (in particolare test per infezioni quali HIV, epatite, sifilide e se pertinente, test di gravidanza).
- Ho ricevuto l'informazione sul mio diritto di consultare i risultati delle analisi.
- Sono consapevole che le istruzioni figuranti nelle informazioni per la donatrice e il donatore (ad es. criteri di idoneità, comunicazione di cambiamenti dello stato di salute) devono essere rispettate. Nell'interesse della mia salute il medico responsabile della donazione può escludermi dalla donazione in qualsiasi momento.
- Mi impegno a informare immediatamente in primo luogo il medico responsabile della mia donazione su tutti i problemi alla salute eventualmente insorti, sugli effetti collaterali della mobilitazione e sui medicinali supplementari che assumo.
- Prendo atto che ho il diritto di ricusarmi ora o di revocare in un secondo momento il consenso già dato. Da questa mia decisione non derivano conseguenze per me, tuttavia, nel caso in cui la chemioterapia preparativa o l'eventuale radioterapia siano già avanzate o siano concluse, la persona a cui erano destinate le mie cellule staminali del sangue potrebbe subire gravi danni alla salute o persino morire se non riceve un trapianto di cellule staminali del sangue.
- Metto le cellule staminali del sangue a disposizione gratuitamente. Esse vengono impiegate esclusivamente per curare in Svizzera o all'estero la persona prevista.
- Sono d'accordo che se una donazione contiene un numero maggiore di cellule staminali del sangue di quello ottimale / desiderato, una parte della donazione verrà congelata in azoto liquido per metterla a disposizione della, del paziente in un secondo momento se questo fosse necessario.
- Ho ricevuto l'informazione che singoli campioni di sangue verranno conservati per un periodo più lungo al fine di rispondere a domande che potrebbero insorgere più avanti concernenti il trapianto in questione e che sono importanti per la paziente o il paziente.

*«Informazioni ai donatori e donatrici apparentati di cellule staminali del sangue» e «Informazioni ai donatori e donatrici non apparentati di cellule staminali del sangue»



- Mi è stato spiegato che dopo il trapianto vengono eseguiti alla paziente o al paziente esami genetici per controllare l'attecchimento delle nuove cellule staminali del sangue o per evidenziare un'eventuale recidiva della malattia. In quest'occasione, in casi molto rari, emergono risultati che potrebbero essere importanti per me o per miei familiari. Trasfusione CRS Svizzera SA mi informerà se tali risultati dovessero essere noti. In tal caso desidero:

- ☐ ricevere in ogni caso l'informazione
- ☐ ricevere l'informazione qualora i risultati siano rilevanti per la salute, conformemente allo stato attuale delle conoscenze mediche
- ☐ non ricevere l'informazione in nessun caso

Spiccare una delle tre opzioni per l'informazione sugli eventuali risultati.

- Sono consapevole che in Svizzera nell'ambito della legge sui trapianti e delle relative ordinanze tutte le persone che hanno donato PBSC sono sottoposte a controlli successivi periodici fino a 10 anni dopo la donazione.
- Mi è stato spiegato che sussiste la possibilità di una seconda richiesta per donare nuovamente il midollo osseo, PBSC o i linfociti per la stessa paziente o lo stesso paziente.
- Sono consapevole che in Svizzera vige l'anonimato tra la donatrice **non apparentata**, il donatore **non apparentato** e la paziente, il paziente.
- Confermo che mi è stato spiegato di non avere alcun diritto nei confronti della paziente o del paziente, della sua famiglia e del suo medico curante. Inversamente, non può essere avanzata alcuna pretesa supplementare nei miei confronti.

Trasfusione CRS Svizzera SA sottosta alla legge federale sulla protezione dei dati (LPD). Mi è stato spiegato che, nell'ambito della preparazione alla donazione, i miei dati verranno utilizzati usando uno pseudonimo (sostituzione del nome con numeri) sia a livello nazionale che internazionale, ossia anche in Paesi in cui non esiste un diritto in materia di protezione dei dati comparabile a quello svizzero o in cui non è garantito lo stesso livello di sicurezza dei dati. Questi dati comprendono un numero d'identificazione del donatore, il sesso, la data di nascita come pure dati sul mio stato di salute e sulle mie caratteristiche tissutali. Posso trovare maggiori informazioni sulla protezione dei dati su www.blutstammzellspende.ch/protezione-dei-dati (codice QR: vedi qui sotto). Se ho domande, posso contattare anche datenschutz@blutspende.ch in qualsiasi momento.

- Con la mia firma acconsento alla trasmissione dei miei dati personali menzionati a riceventi internazionali di dati per lo scopo descritto.



Acconsento a donare cellule staminali del sangue periferico volontariamente.

FIRMA DELLA DONATRICE O DEL DONATORE:
in caso di minorenni: genitore o rappresentante legale

.....

LUOGO, DATA:

- In caso di donatrici o donatori minorenni si possiede l'approvazione della competente commissione d'etica (in caso di una regolamentazione corrispondente)

FIRMA DEL MEDICO RESPONSABILE (nome in stampatello, firma)

.....

LUOGO, DATA:

Ulteriori informazioni sulle disposizioni sulla protezione dei dati:



www.blutstammzellspende.ch/protezione-dei-dati