



## Dichiarazione di consenso per la tipizzazione di controllo e per ulteriori test

Le Sue caratteristiche tissutali corrispondono a quelle di una paziente o di un paziente. Prima di considerarla per una possibile donazione, occorre confermare la Sua tipizzazione tissutale mediante una tipizzazione di controllo. Al contempo il Suo sangue verrà testato per le principali malattie infettive trasmissibili come ad es. l'epatite e l'HIV, nonché verrà determinato il Suo gruppo sanguigno.

### Dichiarazione di consenso

Autorizzo il .....  
a effettuarmi un prelievo del sangue per una tipizzazione di controllo e per ulteriori test per una paziente o un paziente in Svizzera o all'estero. I test sono eseguiti in Svizzera e all'estero.

Sono inoltre d'accordo che il sangue (o i componenti del sangue) che mi sono stati prelevati per effettuare la tipizzazione di controllo vengano conservati e utilizzati per altri test nell'interesse dello sviluppo della medicina dei trapianti o della variazione genetica delle popolazioni. Questo materiale biologico viene conservato usando uno pseudonimo (sostituzione del nome con numeri e/o lettere).

Trasfusione CRS Svizzera SA è soggetta alla legislazione svizzera in materia di trapianti e protezione dei dati. I miei dati personali sono trattati in maniera strettamente confidenziale. Nell'ambito della ricerca di una donazione non apparentata o di un donatore non apparentato di midollo osseo o di cellule staminali del sangue periferico per una paziente o un paziente, i miei dati pseudonimizzati sono usati in Svizzera e all'estero. Tra i Paesi coinvolti possono essercene alcuni che non dispongono di leggi sulla protezione dei dati paragonabili a quelle svizzere e nei quali la sicurezza dei dati potrebbe non essere garantita nella stessa misura. Questi dati comprendono il numero d'identificazione del donatore, il sesso, la data di nascita come pure dati sul mio stato di salute e sulle mie caratteristiche tissutali. Con la mia firma acconsento alla trasmissione dei miei dati personali menzionati a riceventi di dati internazionale per lo scopo descritto.

Sono altresì a conoscenza che posso revocare in qualsiasi momento la mia iscrizione alla banca dati di Trasfusione CRS Svizzera SA come donatrice o donatore di cellule staminali del sangue. Se dovessi essere presa o preso in considerazione come donatrice o donatore per una determinata paziente o un determinato paziente, ma non dovessi essere disponibile o non dovessi essere più d'accordo di donare il midollo osseo o le cellule staminali del sangue periferico, lo comunicherò al più presto possibile. Sono consapevole del fatto che la revoca del mio consenso dopo l'inizio del trattamento preparatorio al trapianto può avere gravi conseguenze (mortalità) per la paziente o il paziente.



COGNOME: ..... NOME: .....

DATA DI NASCITA: ..... (giorno, mese, anno)

GRID: .....

DATA: .....

FIRMA: .....

PREVIEW ONLY



Ulteriori informazioni sulle disposizioni sulla protezione dei dati:

- codice QR
- [www.blutstammzellspende.ch/protezione-dei-dati](http://www.blutstammzellspende.ch/protezione-dei-dati)

Se ho domande, posso contattare anche [datenschutz@blutspende.ch](mailto:datenschutz@blutspende.ch) in qualsiasi momento.