



Direzione Sanitaria di Presidio  
Direttore: Dr. Basilio Tiso  
Tel. 02/ 55033202-2143-2570 - fax: 02/55185528  
mail: direzione.presidio@policlinico.mi.it  
pec: direzione.presidio@pec.policlinico.mi.it

**ALLEGATO A**

**Autorizzazione alla Conservazione di Sangue da Cordone Ombelicale  
per uso Dedicato**

(D.M.18 dicembre 2009 "Disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali  
da sangue del cordone ombelicale per uso autologo – dedicato")

Alla **Banca Regionale del Sangue Placentare**

**Sede di Milano  
Sede di Pavia**

**1. Generalità e dati anagrafici dei genitori**

**Madre**

Cognome .....Nome.....  
Data di nascita ...../...../..... Luogo .....  
Residente a .....  
Via.....CAP.....

**Padre**

Cognome ..... Nome .....  
Data di nascita ...../...../..... Luogo .....  
Residente a .....  
Via.....CAP.....

**2. Data presunta del parto e sede**

**3. Nome, Cognome, data di nascita, diagnosi del paziente cui viene dedicata l'unità e grado di parentela con il neonato donatore**

Cognome .....Nome.....  
Data di Nascita ...../...../..... Diagnosi.....  
.....  
Grado di parentela.....

**4. Indicazioni cliniche per cui si richiede la raccolta dedicata:**

Si allega documentazione clinico-sanitaria prevista dal comma2, o dal comma 3, o dal comma 7 dell'art. 2 del decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 18 Novembre 2009.





Direzione Sanitaria di Presidio  
Direttore: Dr. Basilio Tiso  
Tel. 02/ 55033202-2143-2570 - fax: 02/55185528  
mail: direzione.presidio@policlinico.mi.it  
pec: direzione.presidio@pec.policlinico.mi.it

5. I sottoscrittori chiedono che l'unità donata venga conservata nella sede di:

- MILANO
- PAVIA

- I sottoscrittori altresì dichiarano di avere preso visione del decreto del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 18 Novembre 2009 " Disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali da sangue del cordone ombelicale per uso autologo – dedicato" di averne compreso i riferimenti legislativi, le considerazioni e le indicazioni riportate;
- I sottoscrittori autorizzano i destinatari, ai fini dell'espletamento della procedura, al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003;
- I sottoscrittori dichiarano sotto la propria responsabilità che i dati indicati corrispondono al vero.

Si allega la certificazione della Direzione Sanitaria della struttura sede del parto attestante la negatività ai marcatori infettivologici (HBV, HCV, HIV) eseguiti sulla madre non più di trenta giorni prima della data della richiesta.

Luogo e Data ..... li ...../...../.....

Firma (**Madre**).....

Firma (**Padre**).....

- ✓ Consenso alla donazione dedicata di sangue placentare
- ✓ Dichiaro di essere stata esaurientemente informata riguardo le modalità di raccolta e l'utilizzo del sangue placentare a scopo terapeutico, RISERVATO esclusivamente ed indefinitamente al ricevente consanguineo specificato o al donatore stesso.
- ✓ Acconsento alla donazione, che non comporta rischi per me e per il mio bambino.
- ✓ Accetto che vengano determinati su un prelievo del mio sangue al momento del parto i seguenti accertamenti: HBsAg; anti-HCV; anti-HIV 1 e 2; TPHA/VDRL ed eventuali altri test previsti dalla legge. Nel caso di positività di tali test, ne verrò informata.
- ✓ Autorizzo la conservazione di campioni di sangue e/o DNA mio e dell'unità di sangue placentare.
- ✓ Accetto che la tipizzazione tessutale mia e di mio figlio/a vengano ricondotte ad un numero di codice che garantisca l'anonimato.
- ✓ Acconsento che vengano eseguiti sull'unità di sangue placentare test per la ricerca delle malattie trasmissibili geneticamente, qualora si rendano necessarie.
- ✓ Autorizzo l'utilizzo dei dati personali (D.Lgs 196/2003) e l'eventuale consultazione della mia cartella clinica.

Firma (**Madre**).....

