

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER PAZIENTI CANDIDATI AL TRAPIANTO DI FEGATO E CUORE  
RICEVENTI ORGANI DA DONATORI CON INFEZIONE ATTIVA DA SARS-CoV-2**

Io sottoscritto/a ..... Nato/a a.....il ..... candidato/a al trapianto di ..... presso il centro di..... dichiaro che sono stato/a esaurientemente informato/a dal Dott..... su quanto segue:

Per incrementare le mie probabilità di ricevere un trapianto, i medici del Centro Trapianti mi propongono di ricevere un organo proveniente da donatore che ha contratto il virus SARS-CoV-2, responsabile della malattia denominata COVID-19.

Sono stato/a informato/a dettagliatamente che sono stati definiti alcuni criteri, redatti dal Centro Nazionale Trapianti, e condivisi dai Centri trapianto italiani, che prevedono in particolare quanto segue:

- l'organo proviene da donatore nel quale la positività per il virus SARS-CoV-2 è stata riscontrata occasionalmente, e non è correlata alla causa di morte;
- l'organo mi viene proposto in quanto sono risultato positivo al COVID ma senza sintomi o con sintomi lievi, oppure sono guarito dall'infezione da almeno 14 giorni e da non oltre 4 mesi oppure ho completato il ciclo vaccinale con 3 dosi da non oltre 4 mesi (quindi si presume che sia protetto da eventuale nuovo contatto con il virus);
- i medici del Centro trapianti inoltre ritengono che, a causa delle mie condizioni cliniche, i rischi di una mia ulteriore permanenza in lista siano superiori a quelli, fino ad ora noti, della eventuale trasmissione di SARS-COV-2 dal donatore.

Le esperienze preliminari effettuate nel nostro paese con l'utilizzo di organi da donatori con infezione attiva da SARS-CoV-2 non hanno comportato alcuna conseguenza negativa ai riceventi. Sono stato/a informato/a che tale evenienza non può essere comunque esclusa in futuro. Inoltre, proprio per la mancanza di segnalazioni di episodi di trasmissione da donatore, non è noto quali rischi questa possa comportare per il ricevente.

Mi è stato inoltre confermato che la valutazione d'idoneità del donatore e degli organi, in tutti i Centri Italiani, è sempre eseguita con gli stessi criteri normalmente in uso e cioè collegialmente ad opera di tutti i sanitari coinvolti nelle attività di prelievo e trapianto in collaborazione con il rispettivo Centro regionale per i Trapianti, con la struttura operativa del Centro Nazionale Trapianti e con il supporto di esperti infettivologi dedicati a questa attività (Second Opinion infettivologica Nazionale).

Al fine di verificare la sicurezza del trapianto, verrò sottoposto/a a controlli specifici al momento del trapianto finalizzati a valutare il mio stato immunitario nei confronti dell'infezione da SARS-CoV-2, nonché l'eventuale presenza di infezione attiva e nel post-trapianto per verificare che effettivamente non si sia verificata la trasmissione dell'infezione.

Preso atto di tutto quanto sopra esposto, io sottoscritto/a -----

Nato/a a ----- il ----- candidato/a al trapianto di -----

presso il Centro di ----- sottoscrivo che la mia firma apposta oggi indica che ho ricevuto le informazioni e che ho compreso quanto mi è stato spiegato dal Dott./Prof.....

Pertanto dichiaro di:

**acconsentire**

**non acconsentire**

a ricevere il trapianto con organo prelevato da donatore con infezione attiva da SARS-CoV-2 e di sottopormi ai controlli specifici previsti dal Centro Nazionale Trapianti.

Data -----

Firma del candidato al trapianto

Firma del Medico