



Allegato 1

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER PAZIENTI RICEVENTI ORGANI DA DONATORI POSITIVI
PER SARS-CoV-2**

Io sottoscritto/a ----- nato a----- il-----
candidato 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 informato 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 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 da SARS-CoV-2 non hanno comportato alcuna conseguenza negativa ai riceventi. Sono stato informato 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 controlli specifici al momento del trapianto finalizzati a valutare il mio stato immunitario nei confronti dell'infezione da SARS-CoV-2,



CENTRO NAZIONALE
TRAPIANTI



WHO Collaborating Centre
On Vigilance and Surveillance for
Human Cells, Tissues and Organs

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 ----- il ----- candidato 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



CENTRO NAZIONALE
TRAPIANTI



WHO Collaborating Centre
On Vigilance and Surveillance for
Human Cells, Tissues and Organs