



Direzione Sanitaria

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL PRELIEVO DI TESSUTO CORNEALE

Io sottoscritto _____

Residente a _____

In Via _____ telefono _____

- Coniuge non legalmente separato
- Figlio/a maggiorenne
- Genitore
- Altro

_____ specificare

del Signor/a _____
acconsento il prelievo di tessuto corneale dalla salma del mio congiunto, che si trova attualmente presso _____, a scopo di trapianto terapeutico e dichiaro di non essere a conoscenza che il congiunto avesse in vita manifestato per iscritto il rifiuto alla donazione.

_____ *Data*

In fede

_____ *Firma leggibile del dichiarante*

N.B. indicare se al paziente sono già stati praticati, nel corso del ricovero, i seguenti esami:

- HIV
- HbsAg
- HCV
- TTPHA o RDWL

_____ *Firma leggibile di chi raccoglie la dichiarazione*

In caso di mancato consenso, motivare(*) _____

_____ *Firma del medico che ha accertato il decesso*