[redacted]

Direttore UO Otorinolaring[redacted]

Gentile equipe curante dell' UO Otorinolarin[redacted]

MODULO DI DISSENSO INFORMATO

Il sottoscritto[redacted]a/o
il……a……..

- **Dovendomi** sottoporre a intervento chirurgico presso la vostra U.O. in data 01/08/24,
- **Informata/o** della possibilità di ricevere trasfusioni con sangue proveniente da donatori vaccinati per SARS-CoV-2,
- **Convinto** che i rischi derivanti dalla trasfusione di sangue proveniente da soggetti vaccinati per SARS-CoV-2 (inclusa trasmissione di proteina "spike") siano maggiori dei benefici terapeutici,

DICHIARA:

- di **NON** consentire alla trasfusione con sangue proveniente da donatori vaccinati,
- di consentire altresì alla trasfusione dedicata, con donatore compatibile e disponibile (mia figlia), o in alternativa, di consentire all'utilizzo di surrogati del sangue,
- di comprendere appieno le conseguenze del mio rifiuto, e di esonerare totalmente il personale sanitario da qualsivoglia responsabilità conseguente alla mia decisione assunta.

Prima di formalizzare il presente diniego alla trasfusione, ho avuto il tempo necessario di informarmi dal **difensore clinico del comitato "Di Sana e Robusta Costituzione"** che opera nella società civile per favorire percorsi di cura rispettosi delle volontà, delle scelte e del concetto di salute proprie di ogni singola persona.

Sono pronta/o a ritirare il diniego qualora si configurasse lo *stato di necessità* da instabilità vitale.

Il presente modulo si allega al modulo di consenso informato e alla documentazione sanitaria che mi accompagna.

LUOGO/DATA

FIRMA PAZIENTE