



Gentile dott. [REDACTED]

Direttore UO Otorinolaringoiatria – [REDACTED]

Gentile equipe curante dell' UO Otorinolaringoiatria – [REDACTED]

Oggetto: **Patto di alleanza terapeutica sig. [REDACTED]**

Lo scrivente comitato “Di Sana e Robusta Costituzione” opera nella società civile per favorire la connessione e la relazione tra cittadini, curanti e servizi sanitari, in una fase di estrema criticità vitale del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Nella fattispecie, agisce in funzione di garante del diritto alla salute per conto del sig. [REDACTED], operando presso la vostra U.O.

Il difensore clinico del comitato:

- **Ricostruito** il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del sig. [REDACTED]
- **Constatato** che il paziente si sottoporrà in data 01/08/24 a intervento di chirurgia minore con esigue perdite ematiche previste,
- **Considerata** la richiesta del paziente non vaccinato per Sars-Cov-2, di ricevere la trasfusione da parte di un donatore scelto non vaccinato (sua figlia) e di non consentire alla trasfusione proveniente da donatore vaccinato;
- **Per scongiurare** la compromissione dell'alleanza terapeutica tra la diade paziente - caregiver e l'equipe curante dell' UO Otorinolaringoiatria del [REDACTED], fondamentale per proseguire serenamente nel patto di cura,

CHIEDE:

1. Che il paziente acceda all'intervento chirurgico declinando il consenso alla trasfusione, con valori di emoglobina compensati e di utilizzare emoderivati (terapia marziale?), qualora ricorressero le indicazioni cliniche,
2. Di attivarsi per la presa in carico della richiesta del paziente di ricevere la trasfusione dedicata, nel prosieguo del PDTA.

Il presente documento si allega alla cartella clinica del [REDACTED]

Certi della presa in carico di questa istanza di buon senso, auguriamo un sereno percorso di cura, rispettoso delle volontà, delle scelte e del concetto di salute proprie di ogni singola persona.

Cordiali saluti,

Dott. Raffaele Varvara
Difensore clinico del
Comitato Di Sana e Robusta Costituzione
P.zza Asti 5/A Roma
www.disanaerobustacostituzione.it

LUOGO/DATA

FIRMA PAZIENTE