
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>  <p>Centro Riferimento Trapianti Emilia-Romagna</p>	<p>LIBERATORIA allegato 3 parte B</p>	<p>R05/IO13 Rev. 0 Applicato il: 18/10/2010</p>
---	--	---

N. progressivo **Anno** **AUSL FERRARA OSPEDALE** _____

Io sottoscritta

Io sottoscritto

Siamo stati informati che il prelievo di sangue del cordone ombelicale verrà effettuato da personale sanitario della sala parto, che si atterrà a procedure operative conformi agli standard internazionali.

Siamo stati informati che, in considerazione della particolare tipologia di prelievo e della necessità di personale dedicato, l'Azienda NON GARANTISCE che la prestazione possa essere espletata, qualora si verificano circostanze contingenti che possano mettere a rischio la madre o il bambino, che hanno la priorità nel processo assistenziale. Inoltre il prelievo potrebbe non essere effettuato anche in quei casi in cui sia a rischio la salute di madri o bambini contemporaneamente presenti in sala parto.

A questo proposito si ricorda inoltre che l'Azienda garantisce la raccolta secondo procedure operative conformi agli standard internazionali e declina ogni responsabilità in merito alla qualità e quantità del campione biologico prelevato.

.....
.....

IL DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DELLA MADRE / GENITORI

(o il medico del CRT-ER)

Sede e data