Az. Osp. – Univ. Pisana	**MODULO DI REGISTRAZIONE** **CONSENSO INFORMATO PER PRELIEVO EMATICO VENOSO PER I PAZIENTI OPERATI CON PROTESI D'ANCA MOM** **(Duplice copia: la copia firmata viene archiviata in AOUP, una copia viene rilasciata al paziente)**	**T 02/PDTAA 13** Rev. 00 del 19 02 2019 Pag. 1 di 1

Gentile paziente,

l'esecuzione del prelievo ematico venoso fa parte del programma di sorveglianza dei pazienti operati con protesi d'anca Metal-on-Metal (MoM), che le viene illustrato dal medico ortopedico. Il prelievo serve per la determinazione di alcuni parametri ovvero VES, PCR e la concentrazione di ioni Cromo e Cobalto nel sangue.

Prima di prestare il Suo consenso all'esecuzione del prelievo ematico presso questa struttura, con l'apposizione della Sua firma in calce, la invitiamo a prendere visione di quanto di seguito indicato come possibile complicanza della suddetta procedura invasiva.

Il prelievo ematico venoso in rari casi può provocare effetti collaterali come:

- gonfiore, piccole lesioni, ematoma o infezione nel punto del prelievo
- vertigine o sincope neurogena.

In ogni caso, il prelievo venoso oggetto del presente consenso non differisce in nessun modo rispetto a quelli che vengono effettuati per qualsiasi altro esame ematochimico.

Se lo ritiene necessario può chiedere ulteriori spiegazioni e chiarimenti al personale infermieristico in merito alla procedura.

Sulla base delle informazioni incluse nel presente documento e fornite dall'infermiere _____, in data_____

presso _____

Dichiaro di acconsentire all'effettuazione del prelievo ematico venoso, parte del protocollo di sorveglianza per i pazienti operati con protesi d'anca MoM.

Sig.ra/Sig. _____

Firma_____