

# Dichiarazione di consenso al trapianto allogenico di cellule staminali del sangue

Cognome / Nome del/la paziente *(o di un suo rappresentante legale)*:

---

Il/La sottoscritto/a (o il suo rappresentante legale) conferma i punti seguenti:

- Sono stato informato/a e ho ricevuto chiarimenti in merito alla diagnosi e al tipo di malattia di cui soffro, nonché in merito alle opzioni di trattamento.
- Sono stato/a informato/a in merito al tipo e allo svolgimento del trapianto nonché ai suoi rischi. Concretamente, è stato discusso del tipo di trapianto seguente:

---

---

---

---

## Dichiarazione di consenso

Con la presente, confermo i punti seguenti:

- Ho letto le informazioni per i/le pazienti sul trapianto allogenico di cellule staminali del sangue su questo sito Internet e ne ho capito i contenuti.
- Ho avuto tempo a sufficienza per porre domande e ho ricevuto risposte soddisfacenti alle mie domande.
- Ho avuto tempo a sufficienza per prendere la mia decisione e do il mio consenso al trapianto di cellule staminali del sangue.
- Prendo atto che ho il diritto di ritirare il mio consenso o di revocare un mio precedente consenso in un secondo momento. Ciò non avrà alcuna conseguenza negativa sul mio trattamento medico futuro.

Sì, acconsento al trapianto di cellule staminali del sangue.

## Disposizioni sulla protezione dei dati

Sono stato informato/a ed esprimo il mio accordo sui seguenti punti:

- I miei dati vengono utilizzati per la ricerca di donatori non apparentati di midollo osseo, rispettivamente di cellule staminali del sangue o di unità di sangue del cordone ombelicale, su scala nazionale e internazionale. Per questa ricerca, i miei dati vengono trasmessi ai registri donatori internazionali. Questi dati comprendono il mio cognome, nome, sesso e la mia data di nascita, nonché le informazioni relative al mio stato di salute e ai miei marcatori tissutali.
- Alcuni dei miei dati rilevanti vengono trasmessi in forma pseudonimizzata (ossia tramite la sostituzione del nome con una combinazione multipla di lettere o cifre) dai professionisti competenti autorizzati di Swiss Blood Stem Cell Transplantation and Cellular Therapy (SBST) ai seguenti registri internazionali: EBMT (European Society for

Blood and Marrow Transplantation), Eurocord (trapianti eseguiti con il sangue del cordone ombelicale) e CIBMTR (Center for International Blood and Marrow Transplant Research). I dati comprendono le iniziali, il sesso, la data di nascita nonché le informazioni relative al mio stato di salute, al trapianto e agli eventuali effetti indesiderati.

- Questi dati vengono raccolti e analizzati scientificamente in forma pseudonimizzata nei registri menzionati, in una banca dati elettronica europea. Queste informazioni sono accessibili soltanto ai professionisti del ramo. Una parte di questi dati viene visionata ed esaminata in forma generalizzata dall'Ufficio Federale della Sanità Pubblica UFSP, Svizzera. Tutte le persone autorizzate ad accedere a questi dati sottostanno al segreto professionale.
- Tutti i dati vengono raccolti, conservati e trattati nel rispetto della Legge federale sulla protezione dei dati (LPD) e della normativa europea sulla protezione dei dati (GDPR). I dati vengono conservati per un periodo minimo di 20 anni.
- La presente dichiarazione è valida fino alla sua revoca. Le informazioni prescritte dalla legge in merito al trapianto di cellule staminali del sangue devono però venir trasmesse alle autorità competenti anche dopo la revoca.
- Ho il diritto di venir informato in ogni momento dal centro trapianti in merito ai miei dati.

Autorizzo l'utilizzo dei miei dati in forma pseudonimizzata a scopi di ricerca scientifica:

Sì  No

Autorizzo il prelievo di materiale biologico e il suo utilizzo, senza menzione del nome, a scopi di ricerca scientifica. Questo materiale è accessibile unicamente a professionisti che sottostanno al segreto professionale:

Sì  No

Sono d'accordo con le disposizioni in materia di protezione dei dati esposte precedentemente:

Sì  No

Nei bambini, questa dichiarazione di consenso è valida fino al 18esimo anno di età. Se necessario, allo scadere di questo termine, la ricontatteremo per una nuova dichiarazione di consenso.

Nome del/la paziente (*o nome del/la rappresentante legale*):

---

Firma:

Luogo e data:

---

Nome del medico che ha condotto la discussione:

---

Firma:

Luogo e data:

---