

RICHIESTA DI RITIRO DELLA PROPRIA PLACENTA

R09 REV.1 Applicato il 4/12/2013

Alla Direzione Sanitaria/DMO dell'Azienda Sanitaria.....

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL RITIRO DELLA PROPRIA PLACENTA

1. Generalità e dati anagrafici dei genitori

Cognome madre.....nome
madre..... Luogo e data di
nascitail / /

Residente ain
viaC.A.P..... n.
telefono..... n.
fax.....

Cognome padre.....nome
padre..... Luogo e data di nascita
il / / Residente
a in
via.....C.A.P..... n.
telefono..... n.
fax.....

2. Data presunta del parto _____

Al fine di ottenere l'autorizzazione al ritiro della propria placenta espulsa a seguito del parto del proprio figlio, laddove non sussistano specifiche condizioni patologiche

i sottoscritti genitori sotto la propria responsabilità, ai sensi degli arti. 75 e 76 del D.P.R. 445/00 e s.m., dichiarano che sono stati informati

- sul divieto di qualsiasi forma di commercializzazione della placenta;
- che non esistono ad oggi terapie consolidate che comprovino l'utilizzo di tali campioni, così come non si tratta di pratica rientrante nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- che, qualora si verificano circostanze contingenti che possano mettere a rischio la madre o il bambino, essi hanno la priorità nel processo assistenziale (rispetto alla raccolta della placenta);

- che la placenta non è sterile
- che in caso di esportazione, non è consentito nel futuro il rientro della placenta in Italia per uso terapeutico (per trapianto);
- che la responsabilità dell'Azienda Sanitaria relativa alla raccolta del campione termina con la presa in carico del materiale da parte della coppia richiedente. Si precisa che il trasporto dovrà avvenire nel rispetto della "Circolare n. 3 del 08/05/2003 Raccomandazioni per la sicurezza del trasporto di materiali infettivi e di campioni diagnostici" e i richiedenti dovranno fornire all'Ospedale idoneo contenitore per il trasporto, che avverrà a loro completo carico.

Dichiarano, inoltre, di sollevare l'Azienda Sanitaria da ogni responsabilità in merito alle condizioni della placenta a seguito dell'espulsione.

Firma madre

Firma padre

Luogo e data, _____

PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA SANITARIA

Preso atto della richiesta sopraesposta, considerato quanto dichiarato ed in particolare che:

- non sussistono difficoltà tecniche, operative ed organizzative all'attuazione di quanto richiesto
- il materiale richiesto non è sterile, non è connesso al futuro possibile rientro in Italia per uso terapeutico (per trapianto)
- trattasi di mero residuo biologico si ritiene di **acconsentire** alla presente richiesta. Si precisa che l'Azienda Sanitaria compie nei confronti dei richiedenti una consegna di mero residuo biologico.

Luogo e data, _____

Timbro e Firma D. M. O. _____