

**CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO VENOSO E
AL TRATTAMENTO CON EMOCOMPONENTI PER USO TOPICO**

Io sottoscritto/a

Cod. Fisc.

Nato/a ail /___/___/___/

residente a Via

assistito presso

sono stato informato:

1. che la mia personale situazione clinica potrà avvantaggiarsi dell'utilizzo terapeutico del PRGF autologo per uso topico;
2. che la riparazione/rigenerazione dei tessuti è facilitata dalla somministrazione di fattori di crescita piastrinici prelevati dal mio sangue e applicati nella sede da rigenerare;
3. che per la preparazione del L-PRF autologo per uso topico è necessario effettuare un prelievo del mio sangue;
4. che il prelievo suddetto verrà lavorato e concentrato secondo i criteri di sterilità nel più breve tempo possibile in sistema dedicato e certificato;
5. che per ottenere un adeguato numero di piastrine dovrà essermi prelevata una modica quantità di sangue e che questo non comporta di per sé né rischi né esiti;
6. che "non sono noti effetti collaterali indesiderati a breve termine";
7. che, *come tutti gli emocomponenti*, anche il L-PRF autologo per uso topico non è esente da rischi (esempio: contaminazione batterica);
8. che è un prodotto *autologo* e del fatto che il L-PRF autologo per uso topico è utilizzato da oltre un decennio per indurre la rigenerazione dei tessuti e che non sono descritte reazioni indesiderate.

preso atto di tutto ciò, in piena coscienza e libertà, DÒ IL MIO CONSENSO AL TRATTAMENTO CON L-PRF AUTOLOGO PER USO TOPICO

data: /___/___/___/ Firma del paziente

**DICHIARAZIONE DEL MEDICO O DELL'ODONTOIATRA
INCARICATO DELL'INFORMATIVA AL PAZIENTE**

Io sottoscritto Dott.confermo e attesto, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa, a mio avviso, ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto, punto per punto.

data: /___/___/___/ Firma del curante