



**GVM**  
CARE & RESEARCH

Clinica Santa Caterina da Siena  
Torino

## CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE DI SANGUE E DERIVATI

Io sottoscritto/a.....

Nato/a a.....il.....

Residente in.....via .....

Dichiara di concedere consenso alla trasfusione di sangue o derivati che si rende necessaria e di essere stato informato dal Dott/ssa ..... sui rischi correlati a tale pratica.

Torino li.....

Firma del Paziente

.....

Firma del Medico

.....