

Al Direttore Sanitario
SEDE

Io Dott./Prof. _____ ai sensi dell'art.23 della legge 01/04/1999 n.91, dichiaro di aver informato gli aventi diritto che il loro congiunto Sig. _____ per il quale è in corso l'accertamento di morte ai sensi della legge 29/12/1993 n. 578 e del D.M. Sanità 11/04/2008, è stato riconosciuto come potenziale donatore, a scopo di trapianto terapeutico, di:

organi e tessuti solo cornee

Ho altresì informato gli aventi diritto che:

- nel caso in cui risulti una volontà espressa dal loro congiunto attraverso le modalità previste dal Decreto 08/04/2000 (dichiarazione di volontà sottoscritta o registrazione contenuta nel sistema informativo nazionale dei trapianti), essi hanno la possibilità di presentare una successiva dichiarazione opposta (negativa o positiva) del loro congiunto di cui siano in possesso;
- nel caso in cui non risulti alcuna volontà del loro congiunto il prelievo è consentito salvo che essi presentino opposizione scritta entro la fine del periodo di osservazione di morte encefalica di cui all'articolo 4 del D.M. Sanità 11/04/2008 o in occasione dell'accertamento di morte cardiaca;
- in caso di morte encefalica ai sensi della legge 29/12/1993 n. 578 e del D.M. Sanità 11/04/2008, al termine di detto periodo verrà comunque dichiarata la morte del soggetto e, di conseguenza, sospeso ogni supporto ventilatorio, anche nel caso di espressione di opposizione alla donazione da parte del soggetto stesso o di opposizione degli aventi diritto;
- ai sensi del DL 30/06/03 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) i dati anagrafici saranno utilizzati dal CRT e, nel caso di donazione di cornee trasmessi alla Banca degli Occhi, per usi connessi alla donazione e per eventuale corrispondenza con i congiunti del donatore;
- nel caso in cui il trapianto non sia possibile, le cornee prelevate potranno essere utilizzate per studi volti a migliorare la conoscenza e la possibilità di cura delle patologie corneali.

L'avente diritto, in ordine di priorità:

coniuge non legalmente separato
 convivente more uxorio
 figlio/i maggiorenne

genitore/i
 rappresentante legale
 altro (con il consenso dell'avente diritto) _____

(motivare) _____

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ CAP _____

In via _____ n° _____

Tel _____ documento n° _____

- Non si oppone** al prelievo di *organi* del proprio congiunto
- Non si oppone** al prelievo di *cornee* del proprio congiunto (che nel caso di morte accertata con metodo neurologico, avverrà dopo l'orario previsto di accertamento)
- Si oppone** al prelievo di *organi* del proprio congiunto
- Si oppone** al prelievo di *cornee* del proprio congiunto

Data

Firma

Data _____

Firma del sanitario _____