

## **Nota informativa: Salasso terapeutico**

Gent.le Signore/a,

Il salasso terapeutico, a cui Lei sarà sottoposto/a, consiste nella rimozione di sangue per migliorare i sintomi della policitemia e ridurre il rischio di sviluppare coaguli.

La **policitemia vera** è una condizione in cui una mutazione genetica fa sì che il midollo osseo produca troppi globuli rossi (eritrocitosi o policitemia), con conseguente rallentamento del flusso sanguigno. La policitemia vera inizialmente è asintomatica ma nel tempo, chi è colpito da questa rara patologia, deve far fronte a una serie di sintomi che compromettono notevolmente la qualità della vita. Tra quelli più frequenti: stanchezza, cefalea, anomalo rossore del volto, problemi alla vista, sensibilità delle mani e dei piedi, sudorazioni notturne, febbre, perdita di peso.

L'**emocromatosi** è una condizione ereditaria che causa un maggiore assorbimento di ferro dalla dieta con conseguente sovraccarico di ferro. L'eccesso di ferro causa danni principalmente al fegato, al cuore e al pancreas. La rimozione dei globuli rossi consente di eliminare il ferro in eccesso presente nell'organismo.

I principali effetti collaterali del salasso sono legati alla variazione del volume del sangue. Potrebbero verificarsi vertigini o calo della pressione sanguigna.

***L'assistito o suo legale rappresentante dichiara di aver ricevuto le informazioni (verbali e sopra riportate in sintesi) e di aver compreso i termini e le modalità dell'intervento diagnostico e/o terapeutico proposto dal medico, nonché delle conseguenti indicazioni fornite dal medesimo.***

Data \_\_\_\_\_

Firma Paziente \_\_\_\_\_

Firma del tutore legale  
/amministratore di sostegno \_\_\_\_\_

Firma del Genitore (madre) \_\_\_\_\_

(padre) \_\_\_\_\_

Firma Medico \_\_\_\_\_

## CONSENSO ALLA PRESTAZIONE

Sulla base di quanto sopra  **ACCONSENTO**  **NON ACCONSENTO**  
all'effettuazione delle prestazioni illustrate e indicate.

Data \_\_\_\_\_

Firma Paziente \_\_\_\_\_

Firma del tutore legale  
/amministratore di sostegno \_\_\_\_\_

Firma del Genitore (madre) \_\_\_\_\_

(padre) \_\_\_\_\_