



ASL LECCE

SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

**DIREZIONE MEDICA
PRESIDIO OSPEDALIERO "VITO FAZZI"**

Piazza F. Muratore, 1 - 73100 Lecce
tel. 0832.661460 - Fax 0832.661446
e-mail: dspolecce@ausl.le.it

**Alla Direzione Sanitaria
Ospedale "Vito Fazzi" di Lecce - ASL LECCE -**

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA ESPORTAZIONE DI CAMPIONE DI SANGUE
DEL CORDONE OMBELICALE AD USO AUTOLOGO**

Cognome madre _____	Nome madre _____
Luogo e data di nascita _____ il ____/____/____	
Residente a _____ in via _____ C.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** ____/____/____ **Sede del parto** _____

3. **Informazioni sul trasporto del campione di sangue cordonale:**

- Data di spedizione: entro _____ ore dal parto, secondo quanto indicato dalla Banca estera
- Valico di frontiera/aeroporto _____
- Mezzo di trasporto _____
- Paese estero di destinazione _____
- Denominazione Banca estera scelta per la conservazione _____

Al fine di ottenere l'autorizzazione all'esportazione del campione di sangue da cordone ombelicale (prelevato al momento della nascita del proprio figlio) per la conservazione ad uso autologo presso struttura estera, i sottoscritti genitori sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/00 e s. m..

Dichiarano

- Che i dati sopra indicati corrispondono al vero
- Che la presente domanda è sottoscritta al solo fine di ottenere l'autorizzazione all'esportazione del campione di sangue cordonale per la conservazione presso banche operanti all'estero

Al fine di ottenere l'autorizzazione all'esportazione del campione di sangue da cordone ombelicale si richiede la presentazione della seguente documentazione di accompagnamento:

- i referti degli esami previsti dalla normativa (HbsAg., anti -HCV, anti HIV 1 e 2) nei 30 giorni precedenti la data del parto
- le certificazioni del kit di raccolta (che devono essere visionati dalla Direzione Sanitaria)
- la documentazione relativa alla procedura di raccolta e di confezionamento fornita dalla Banca presso la quale verrà conservato il campione
- il modulo informativo per il counselling (sulla raccolta, conservazione e utilizzo delle cellule staminali da sangue di cordone ombelicale), compilato e sottoscritto
- ricevuta della causale di pagamento della tariffa di € 260,00 per le spese sostenute dall' Azienda per la gestione globale della procedura e non rimborsabile in caso di mancata possibilità di raccolta del sangue, in sala parto

I sottoscritti inoltre autorizzano codesto Ente, ai fini dell'espletamento della pratica, al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. n° 196 del 30 giugno 2003.

Lecce, ____/____/____

Firma madre _____

Firma padre _____