



DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DEL TRAPIANTO DI RENE

Nome Cognome

Patologia

Io sottoscritto/a

**DICHIARO DI ESSERE STATO/A INFORMATO/A DA
IN MODO COMPRENSIBILE E COMPLETO:**

1. sulla mia malattia

2. che una delle terapie a cui posso sottopormi a causa della ridotta funzione dei reni è il

TRAPIANTO RENALE : * da donatore vivente
* da donatore deceduto

3. sui vantaggi, gli svantaggi ed i rischi che ciascuno di questi trattamenti può determinare

4. sulle possibili conseguenze del rifiuto di sottopormi a trapianto



DICHIARO DI NON VOLERMI SOTTOPORMI A TRAPIANTO DI RENE

a)*motivi personali

b)*motivi familiari

Centro di dialisi di appartenenza

.....

Attuale modalità dialitica

.....

Data

Firma del paziente

Timbro e firma del Medico

***Risposte facoltative**