



Direzione Sanitaria di Presidio

UOC Direzione Medica di Presidio – Coordinamento dipartimenti clinici

Direttore: Dr. Basilio Tiso

Tel. 02/55033202-2143-2570 - fax: 02/55185528

mail: direzione.presidio@policlinico.mi.it

pec: direzione.presidio@pec.policlinico.mi.it

Alla Direzione Sanitaria del Presidio

della Fondazione IRCCS Ca' Granda

Ospedale Maggiore Policlinico

Via F. Sforza, 35

20122 Milano (MI)

Allegato 2

Oggetto: Richiesta di autorizzazione all'esportazione di campione di sangue del cordone ombelicale ad uso autologo.

1. Generalità e dati anagrafici dei genitori

Cognome e nome madre _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ in Via _____

CAP _____ E-mail _____

Recapito/i Telefonico/i _____

Codice Fiscale _____

Cognome e nome padre _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ in Via _____

CAP _____ E-mail _____

Recapito/i Telefonico/i _____

Codice Fiscale _____

2. Data presunta del parto _____ **Sede del parto** _____

3. Informazioni sul trasporto del campione di sangue cordonale

Data di spedizione _____

Valico di frontiera/aeroporto _____

Mezzo di trasporto _____



Direzione Sanitaria di Presidio

UOC Direzione Medica di Presidio – Coordinamento dipartimenti clinici

Direttore: Dr. Basilio Tiso

Tel. 02/55033202-2143-2570 - fax: 02/55185528

mail: direzione.presidio@policlinico.mi.it

pec: direzione.presidio@pec.policlinico.mi.it

Paese estero di destinazione _____

Struttura sanitaria 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 effettuati (HBsAg, HBsAb, HBcAb, HBeAg, HBeAb, anti-HCV, anti HIV 1 e 2);
- Il kit di raccolta e le certificazioni (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 di pagamento della quota prevista di € 305,00.
- Il prelievo, per gli esami virologici, può essere eseguito in regime di ricovero, il costo previsto è di 50,00 Euro.

Il pagamento dovrà essere compiuto secondo le seguenti modalità:

- Bonifico Bancario le cui coordinate sono riportate di seguito: **IBAN** : IT-59-W-03111-01642-00000038863
- Mediante bollettino postale allegato alla documentazione.

Indispensabile scrivere sulla causale di pagamento il: nome, cognome, data di nascita della partoriente e presunta data di esportazione sangue ombelicale autologo.

[Tutta la documentazione compilata dovrà essere presentata presso la Direzione Sanitaria di Presidio dal lunedì al giovedì dalle ore 14 alle 15.30

Tel. 02/5503.3202 – 2570 – 2143

E-mail: direzione.presidio@policlinico.mi.it]



Direzione Sanitaria di Presidio

UOC Direzione Medica di Presidio – Coordinamento dipartimenti clinici

Direttore: Dr. Basilio Tiso

Tel. 02/55033202-2143-2570 - fax: 02/55185528

mail: direzione.presidio@policlinico.mi.it

pec: direzione.presidio@pec.policlinico.mi.it

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.

Luogo e data _____

Firma madre _____

Firma padre _____

Delego il Sig./Sig.ra _____ al ritiro della
certificazione presso la Direzione Sanitaria di Presidio