

*Consenso alla somministrazione  
di Plerixafor per raccolta di  
CSE periferiche insufficiente*

**Io sottoscritto:** .....  
**nato a:**..... **Provincia:** ..... **il:** .....

Dopo aver dato il mio consenso a donare CSE da sangue periferico, ed esaurientemente informato sulla procedura a cui sono sottoposto per la raccolta, previa mobilizzazione con fattore di crescita emopoietico (G-CSF), sono stato informato:

- che, sulla base dei riscontri sino ad oggi ottenuti, malgrado la regolare somministrazione del fattore di crescita G-SFC (nome commerciale ..... ) la quantità di CSE raccolte e/o raccogliabili risulta insufficiente per garantire il trapianto al mio familiare e pertanto mi è stato proposto di eseguire una ulteriore stimolazione attraverso la somministrazione di Plerixafor (Mozobil®) ;
- che il Plerixafor (Mozobil®) è un farmaco che incrementa il numero di CSE circolanti se utilizzato in combinazione con il G-CSF e mi verrà somministrato in un'unica dose sottocute;
- delle possibili reazioni avverse riportate nell'Allegato H\_PL

**Conseguentemente, confermando che mi è stata data completa e totale libertà di ritirare la mia adesione, con la firma apposta in calce acconsento spontaneamente che mi venga somministrata in dose unica sottocute Plerixafor (Mozobil) al fine di poter procedere con la adeguata raccolta di CSE da sangue periferico a favore del mio familiare**

**In fede:** ..... **Luogo e data:** .....

Dati di individuazione del sanitario che ha provveduto all'informazione, all'acquisizione del consenso ed alla verifica dell'identità del donatore:

**Cognome e Nome:** ..... **qualifica:** .....

**Firma del sanitario:** .....