

PARTE INFORMATIVA

Il test per l'HIV (Virus dell'Immunodeficienza Umana) individua la presenza di anticorpi anti-HIV e/o dell'antigene p24 nel sangue.

- **Volontarietà e Riservatezza:** Il test è completamente volontario ed eseguito nel rispetto della massima riservatezza. I risultati saranno comunicati **esclusivamente a Lei** in busta chiusa e per mano di personale sanitario. Non possono essere comunicati a terzi (familiari, datori di lavoro, ecc.) né trasmessi per via telematica/Fascicolo Sanitario Elettronico senza sua esplicita richiesta.
- **Significato del risultato:** Un risultato *Negativo* indica generalmente l'assenza di infezione, a patto che l'ultimo comportamento a rischio sia avvenuto prima del cosiddetto "periodo finestra" (il tempo che l'organismo impiega a produrre anticorpi rilevabili, variabile da 20 a 90 giorni a seconda del tipo di test). Un risultato *Positivo* allo screening necessita sempre di un test di conferma (es. Western Blot o PCR) prima di essere considerato definitivo. Oggi l'infezione da HIV è una condizione cronica che, se diagnosticata tempestivamente, si cura con terapie altamente efficaci in grado di garantire una vita normale e di azzerare la trasmissione del virus.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO / DINIEGO

Il/La sottoscritto/a: Cognome: _____ Nome: _____

Nato/a a: _____ Il: ____ / ____ / _____ Codice Fiscale: _____

(In caso di minore/tutelato) Rappresentato da (Genitore/Tutore): _____

Dichiara:

- Di aver ricevuto materiale informativo chiaro e comprensibile riguardo al test HIV, alle sue modalità di esecuzione, ai suoi limiti e al significato dei possibili risultati.
- Di aver avuto la possibilità di porre domande al personale sanitario e di aver ottenuto risposte soddisfacenti.
- Di essere a conoscenza del proprio diritto di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'effettuazione del prelievo ematico.

(Selezionare una delle due opzioni seguenti)

☐ **ESPRIME IL CONSENSO**

ed autorizza il personale del Laboratorio ad effettuare sul proprio campione di sangue il test diagnostico per la ricerca degli anticorpi anti-HIV.

☐ **NEGA IL CONSENSO**

e rifiuta di sottoporsi al test diagnostico per la ricerca degli anticorpi anti-HIV, essendo consapevole delle possibili conseguenze cliniche di tale scelta.

MODALITÀ DI RITIRO DEL REFERTO

Consapevole che per massima tutela della privacy il referto positivo non viene inserito nel Fascicolo Sanitario Elettronico né spedito a mezzo posta ordinaria, ma ritirato personalmente in formato cartaceo, in busta chiusa, presso la struttura.

Luogo e Data: _____, ____ / ____ / _____

Firma del Paziente (o del Genitore/
Tutore)_____

Firma del Personale Sanitario (che ha fornito
l'informazione)_____
