	Consenso Informato	Codice Aziendale
	Test HIV	M0002

### Informativa

La decisione di sottoporsi a un test HIV è volontaria, eccetto nelle condizioni di necessità e urgenza per la salute del paziente (Articolo 5 Legge 135/1990). Per potersi sottoporre a un test HIV è necessario fornire il proprio consenso scritto in fondo a questo modulo.

#### Test per l'infezione da HIV Tipi di test:

È possibile sottoporsi a diversi tipi di test per verificare se si è infetti da HIV, il virus che causa l'AIDS. Potrete ricevere informazioni dettagliate su questi test dall'operatore sanitario responsabile della procedura. Questi esami comprendono un prelievo di sangue e la ricerca degli anticorpi anti-HIV.

#### Significato dei risultati del test HIV:

- Il risultato negativo del test degli anticorpi HIV indica che molto probabilmente non avete subito il contagio da infezione HIV, sebbene non sia possibile individuare un'infezione recente. Se si ritiene di essere stati esposti molto recentemente al rischio di contagio HIV, si consiglia di effettuare nuovamente l'esame a tre mesi dall'ultima esposizione possibile.
- Un risultato positivo del test indica che si è contratta l'infezione da HIV e che la si può trasmettere agli altri.
- A volte l'esito del test degli anticorpi HIV può risultare incerto, o prevedere indagini di conferma. L'operatore sanitario responsabile della procedura vi spiegherà questi risultati, e potrà chiedere il vostro consenso per ulteriori esami.
- E' garantita la riservatezza dei risultati del test.

#### I vantaggi di sottoporsi al test:

Scoprire tempestivamente l'eventuale contagio consente di accedere alle cure e ai trattamenti medici idonei a mantenersi in buona salute e a gestire l'infezione migliorandone la prognosi. Inoltre sarà possibile documentarsi su come controllare/impedire la trasmissione dell'HIV.

L'operatore del servizio di consulenza o l'addetto del settore sanitario vi può indicare come impedire la trasmissione dell'HIV ai vostri partner sessuali o tramite scambio di aghi.

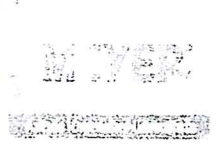
In caso di esito positivo del test HIV per una donna:

Se state ponderando l'idea di avere un bambino, l'addetto del settore sanitario vi fornirà tutte le informazioni utili a garantire una scelta informata su come aver cura della vostra salute e sulla gravidanza.

Se siete in stato interessante, è indispensabile consultare subito uno specialista che può fornirvi le cure di cui avete bisogno e le informazioni sui servizi e le opzioni a vostra disposizione. È importante tenere presente che è possibile evitare il passaggio del virus dalla madre al bambino. L'addetto del settore sanitario può quindi fornirvi informazioni sui rischi di trasmettere l'infezione HIV al vostro bambino, sui farmaci da utilizzare durante la gravidanza, per ridurre in maniera significativa il rischio di trasmissione dell'HIV al vostro bambino; e sulle cure mediche disponibili per i bambini infettati dall'HIV.

Se avete messo al mondo o allattato al seno un bambino, pur essendo sieropositiva, vostro figlio sarà sottoposto ad analisi per individuare un eventuale contagio da HIV e, in caso di esito positivo, avrà bisogno di cure e trattamenti supplementari. L'addetto del settore sanitario può fornirvi informazioni sulle cure mediche disponibili per bambini infettati da HIV.

M0002	Emissione 2 da RAQ il 01.12.09	Rev 0 del 01.12.09	Approvato da DS il 01.12.09	Pag. 1 di 2
-------	--------------------------------	--------------------	-----------------------------	-------------

	Consenso Informato	Codice Aziendale
	Test HIV	M0002

U.O./Struttura/Sezione: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a.....Nato/a a .....il.....  
in qualità di padre/madre/tutore di.....  
Nato/a a.....(Prov. ....) Il .....  
Residente in ..... (Prov. ....)  
Via .....n°.....  
Tel:.....

**DICHIARO quanto segue:**

1. La natura, le finalità, i benefici attesi, i rischi e gli inconvenienti possibili di questa procedura diagnostica mi sono stati chiaramente spiegati dal dott.....
2. Mi è stata consegnata una copia del modulo di consenso informato con esaurienti informazioni sulla procedura
3. Mi è stato concesso tempo sufficiente per riflettere sulle informazioni ricevute e per discutere con altri o per porre eventuali domande
4. Mi è stato chiaramente spiegato (poiché non sussiste una condizione di grave rischio per la salute mia o del minore di cui sono genitore/tutore) che posso decidere di non essere sottoposto a questa procedura diagnostica, *oppure* che il/la minore non si sottoponga a tale procedura

Pertanto:

- consento liberamente di essere sottoposto/che il/la minore sia sottoposto al test.  
 Non consento di essere sottoposto/che il/la minore sia sottoposto al test.

Nome e Cognome ..... Firma: .....

Nome e Cognome ..... Firma: .....

Firenze: ..... / ..... / .....

Il medico che ha raccolto il consenso informato:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Timbro e Firma \_\_\_\_\_

Il modulo del consenso, firmato dal paziente/genitori, deve rimanere nella cartella clinica

M0002	Emissione 2 da RAQ il 01.12.09	Rev 0 del 01.12.09	Approvato da DS il 01.12.09	Pag. 2 di 2
-------	--------------------------------	--------------------	-----------------------------	-------------