

Sig. / ra
Nato / a a il

Io sottoscritto/a dichiaro di essere stato/a informato/a che, ai sensi dell'art. 5 comma 3 della Legge 135 del 5 giugno 1990, nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi tendenti ad accertare l'infezione da HIV e che i relativi risultati sono soggetti a particolari misure di tutela della riservatezza.

Dichiaro di aver ricevuto idonee informazioni relativamente al prelievo ematico proposto, alle sue modalità e finalità.

In particolare, dichiaro di essere informato che normalmente la presenza degli anticorpi per l'HIV nel sangue inizia ad essere rilevabile dopo 3-6 mesi dal contagio, per cui in questo periodo una negatività al test può non significare una assenza di infezione.

Sono stato informato che, nel caso di positività all'esame, sarà comunque necessario che mi sottoponga ad un ulteriore esame su un secondo campione di sangue per la eventuale conferma dei risultati.

Dichiaro dunque di accettare/non accettare liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza l'atto sanitario proposto e di essere comunque stato informato/a della possibilità di revocare, in qualsiasi momento prima dell'effettuazione dell'esame, il consenso eventualmente prestato.

Ciò considerato

PRESTO il mio consenso all'atto sanitario proposto

Firma

Data

RIFIUTO il mio consenso all'atto sanitario proposto

Firma

Data

Il medico che raccoglie la dichiarazione (timbro e firma)

Firenze, li

Nel caso di pazienti minori, interdetti o sottoposti ad amministrazione di sostegno, il consenso è validamente espresso dal/dai seguente/i soggetto/i legittimato/i:

Sig. / ra

Nato / a a il

in qualità di

Sig. / ra

Nato / a a il

in qualità di



Nome/Cognome
luogo di nascita data di nascita

Consenso al trattamento dei dati*

Io sottoscritto/a, ricevuta idonea informativa, esprimo il consenso al trattamento da parte dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, per finalità di tutela della salute, dei dati personali che mi riguardano, ai sensi degli artt. 76, 79 e 82 D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 *Codice in materia di protezione dei dati personali*.

I dati idonei a rivelare lo stato di salute così acquisiti, previa una loro rigorosa anonimizzazione, potranno inoltre essere utilizzati, secondo quanto previsto dall'art. 99 del D.Lgs. 196/2003 per finalità didattiche o di aggiornamento professionale nonché di studio o ricerca.

Firma data

Comunicazione a soggetti diversi dall'interessato di notizie relative allo stato di salute

Considerato che altri soggetti (familiari, conoscenti, medico di fiducia ecc.) possono ricevere informazioni sul mio stato di salute solo dietro mia autorizzazione, io sottoscritto/a dispongo pertanto che i medici forniscano notizie sul mio stato di salute e sulle strategie diagnostiche e terapeutiche cui sarò sottoposto/a:

- alla/al sottoscritto/a
- al medico di medicina generale dott.
- a:

Firma

Nel caso di pazienti minori, interdetti o sottoposti ad amministrazione di sostegno, il consenso è validamente espresso dal/dai seguente/i soggetto/i legittimato/i:

Sig. / ra
Nato / a a il
in qualità di

Sig. / ra
Nato / a a il
in qualità di

* Il consenso al trattamento dei dati può essere prestato successivamente alla prestazione in caso di: impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere dell'interessato; rischio grave, imminente ed irreparabile per la salute o l'incolumità fisica dell'interessato; prestazione medica che può comunque essere pregiudicata dalla preventiva comunicazione dell'informativa, in termini di tempestività o efficacia. Nel caso di impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere dell'interessato, il consenso può esser prestato in sua vece - a parte, ovviamente, dal legale rappresentante - anche da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato (es. minori in casa famiglia).