

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                       |                                         |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|
|  <b>Casa di Cura<br/>Città di Bra</b><br><br><i>Clinica Privata Accreditata</i> | <small>Laboratorio Analisi</small><br><br><b>Consenso Informato e Informativa</b><br><b>Esame HIV</b> | <b>Mod. 0145</b>                        | <b>Pag. 1 di 3</b> |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                                       | Parola chiave: <i>effettuazione HIV</i> |                    |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                                       | Rev. 04                                 | del 07/05/2013     |

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL **CONSENSO INFORMATO**  
 ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ANALISI DIAGNOSTICA TENDENTE AD  
 ACCERTARE L'**INFEZIONE DA HIV**

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03, previa informativa, i dati vengono raccolti ai soli fini del consenso informato. Essi sono soggetti al segreto professionale e non saranno comunicati ad alcuno, ma conservati esclusivamente all'interno della Struttura presso cui si è effettuato il test.

Io sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ in proprio      ☐ nella qualità di \_\_\_\_\_ (si allega relativa documentazione)

**DICHIARO**

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario attraverso:

- ✓ l'informativa fornita (allegato specifico);
- ✓ gli eventuali chiarimenti ricevuti dall'Operatore Sanitario.

Liberamente, spontaneamente e consapevolmente, esprimo il consenso all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma leggibile del Paziente \_\_\_\_\_

Firma leggibile Operatore Sanitario \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'OPERATORE SANITARIO**

L'Operatore Sanitario \_\_\_\_\_ (cognome e nome), dichiara che  
 l'Utente ha deciso di non fornire i propri dati per la compilazione del Consenso Informato e che è stata  
 fornita allo stesso l'Informativa per test HIV.

L'utente sarà identificato con il codice Paziente numero:

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma leggibile Operatore Sanitario \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                           |                                                             |  |                |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--|----------------|-------------------|
|  <b>Casa di Cura<br/>Città di Bra</b><br><br>Clinica Privata Accreditata | Direzione Sanitaria                                         |  | Mod. 0145      | Pag. 2 di 3       |
|                                                                                                                                                           | <b>Consenso Informato e Informativa</b><br><b>Esame HIV</b> |  | Parola chiave: | effettuazione HIV |
|                                                                                                                                                           |                                                             |  | Rev. 04        | del 07/05/2013    |

## INFORMAZIONE PER IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST HIV

### ALLEGATO AL CONSENSO INFORMATO

*L'HIV (Human Immunodeficiency Virus) è il virus che causa l'AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), una malattia infettiva che, se non curata, attacca e compromette gravemente le difese del nostro organismo mettendo a rischio la vita. Una persona che contrae l'HIV diventa sieropositiva e può trasmettere l'infezione ad altre persone. Tutti possiamo contrarre l'HIV. L'HIV si trasmette prevalentemente attraverso i rapporti sessuali non protetti (senza preservativo) con persone con HIV, tramite sangue (ad esempio attraverso aghi adoperati da persone con HIV), oppure da madre con HIV a figlio durante la gravidanza, al momento del parto o attraverso l'allattamento.*

*Effettuare il test HIV è particolarmente importante per le donne in gravidanza. Esistono terapie specifiche per ridurre fortemente la trasmissione dell'HIV dalla mamma al figlio. E' necessario, quindi, che la coppia che pensa ad avere un figlio si sottoponga al test HIV prima della gravidanza o del suo inizio, per tutelare la propria salute e quella del bambino.*

E' importante sapere che l'organismo impiega da tre settimane fino a sei mesi per produrre anticorpi anti-HIV ("periodo finestra"). Se si esegue il test durante il "periodo finestra" la persona potrebbe essere infetta ma risultare negativa perché non ha ancora prodotto gli anticorpi.

***Il test HIV.** L'unico modo per sapere se si è contratto l'HIV è fare un'analisi che prevede uno o più prelievi successivi di campioni di sangue. I tempi per l'esecuzione del test e per il ritiro dei risultati sono variabili per ragioni di tipo tecnico e indipendentemente dall'esito dell'analisi. Gli operatori Sanitari della struttura dove viene effettuato il test HIV sono a disposizione per fornire spiegazioni relative ai risultati dell'indagine diagnostica.*

Ricordarsi che la sieropositività al virus e la malattia conclamata sono due cose diverse.

***Evitare i comportamenti a rischio è possibile.** Vanno evitati i comportamenti a rischio anche in caso di positività del test e non solo per non infettare il partner, ma anche per non aggravare il proprio stato di salute con eventuale immissioni di nuovi virus o contraendo altre malattie trasmissibili sessualmente quali epatiti B o C, Sifilide, Gonorrea, ecc...*

***Il risultato del test HIV.** Se il risultato del test HIV è:*

***NEGATIVO/NON REATTIVO** significa che non ci si è infettati.*

***POSITIVO/REATTIVO** occorre rivolgersi quanto prima ad un Centro di Malattie Infettive per ricevere le cure necessarie a controllare l'infezione.*

***Privacy:** è garantita la massima tutela della privacy ed il segreto professionale. La comunicazione del risultato del test HIV può essere data esclusivamente alla persona che si è sottoposta al prelievo (Legge 135 del 05 giugno 1990), cioè non è ammessa la delega per il ritiro. La Legge vigente protegge da discriminazioni derivanti dal risultare positivo all'HIV e assicura a tutte le persone, italiane e straniere, le eventuali terapie necessari*

|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| informazioni@ccbra.it                                                                                                                                                                                                                                                                  | www.ccbra.it |
| Casa di Cura Privata "Città di Bra" Via Montenero 1 - 12042 Bra (Cn) Tel. 0172.472400 Fax 0172.44542<br>Documento di proprietà della Casa di Cura "Città di Bra" - Clinica Privata Convenzionata.<br>È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta. |              |

|                                                                                                                                                                 |                                                                                  |                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------|
|  <b>Casa di Cura<br/>Città di Bra</b><br><br><i>Clinica Privata Accreditata</i> | Direzione Sanitaria<br><br><b>Consenso Informato e Informativa<br/>Esame HIV</b> | Mod. 0145      | Pag. 3 di 3              |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                  | Parola chiave: | <i>effettuazione HIV</i> |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                  | Rev. 04        | del 07/05/2013           |

*A seguire sono elencati i Centri utili a cui rivolgersi con relativo indirizzo e numero di telefono.*

## **INDIRIZZI UTILI**

### **OSPEDALE "SANTO SPIRITO"**

***Viale Giolitti, 2 15033-Casale Monferrato (AL)***

**tel. 0142- 43.41.11- chiedere del reparto di Malattie Infettive:**

**Dott. Bolla o Dott. Schettino**

### **OSPEDALE "SANT'ANDREA"**

***Corso M. Abbiate, 21 13100-Vercelli (VC)***

**tel. CUP: 0161-59.33.35- prenotare visita per Malattie Infettive**

### **AZIENDA OSPEDALIERA "SANTA CROCE E CARLE"**

***Via Coppino, 26 12100-Cuneo (CN)***

**tel. 0171-61.62.60**

### **TELEFONO VERDE AIDS DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'**

**dal lunedì al venerdì dalle ore 13.00 alle 18:00**

**tel. 800-86.10.61**