

 Casa di Cura Città di Bra <i>Clinica Privata Accreditata</i>	MODULO PER IL CONSENSO DEL PAZIENTE FONTE AI PRELIEVI PREVISTI DAL PROTOCOLLO PER L'ESPOSIZIONE ACCIDENTALE A RISCHIO BIOLOGICO	Direzione Sanitaria	Mod. 0170	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: <i>Cons paz fonte</i>		
		Rev. 01	del 08/03/2011	

Io sottoscritto/a _____

Nato a _____ il ____/____/____ a seguito di
contatto accidentale di personale della Casa di Cura Città di Bra con sangue e/o materiale
biologico proveniente dal mio organismo verificatosi il _____
presso il Servizio di _____

☐ ACCETTO

☐ RIFIUTO

di eseguire i seguenti prelievi secondo le modalità ed i tempi previsti:

- ☐ HBsAg
- ☐ Anti-HBs
- ☐ Anti-HCV
- ☐ Anti-HIV
- ☐ Anti-DELTA
- ☐ VDRL-TPHA

Data: __ / __ / ____

FIRMA _____

Scrittura a carico del personale della Casa di Cura

CODICE PAZIENTE (se disponibile) _____