



**MODULO DI CONSENSO ESECUZIONE TEST HIV**  
(Ai sensi della Legge 135/90 e della Legge 196/03)

Io sottoscritta/o ..... Nata/o a ..... il .....

**ACCONSENTO**

ad essere sottoposta/o ad accertamenti per infezione da HIV, attraverso un prelievo ematico.

**DICHIARO**

di aver ricevuto un'informazione comprensibile sulla motivazione del test diagnostico propositami, il suo significato clinico e sul risultato attraverso:

- a) un colloquio con un medico che ha risposto in maniera esauriente a tutti i quesiti posti;
- b) un colloquio con un medico in presenza di un mediatore culturale.

Dichiaro inoltre che mi è stata fornita la garanzia che l'esito del test mi sarà personalmente comunicato e che su di esso sarà mantenuta la massima riservatezza, come previsto dalla normativa vigente.

Dichiaro infine che desidero eseguire l'indagine per HIV in forma anonima **o SI o NO**

Luogo e Data: .....

Firma dell'Interessata .....

Confermo di aver fornito, mediante un colloquio, informazioni dettagliate sull'accertamento e ritengo che siano state comprese dall'interessata/o.

Timbro e Firma del Medico .....



## CONSENSO INFORMATO PER LA PROFILASSI POST ESPOSIZIONE AL VIRUS HIV

Gentile paziente, a seguito dell'evento occorsole le è stata offerta la possibilità di assumere dei farmaci come mezzo di prevenzione dell'infezione da HIV (profilassi).

- Alla luce delle attuali conoscenze lei è stata informata;
- Alla luce delle attuali conoscenze lei è stata informata in presenza di mediatore culturale Sig./Sig.ra.....

1. Circa l'entità del rischio di infezione da HIV.
2. Che allo stato attuale è noto che i farmaci che le vengono proposti di assumere riducono tale rischio ma non lo eliminano
3. Che per tali farmaci in persone come lei, che al momento non risulta avere l'infezione, esiste una conoscenza limitata degli effetti collaterali durante il trattamento, molto rari
4. Delle modalità di somministrazione dei farmaci, della durata della terapia e dei controlli previsti
5. Delle possibili controindicazioni di tali farmaci
6. Delle possibili interazioni con altre sostanze chimiche, farmacologiche e non
7. Che il medico che la segue ha l'obbligo di mantenere la più stretta confidenzialità sul suo caso.

Se accetta la terapia, che ha una durata di 4 settimane, la può interrompere in qualsiasi momento anche se è consigliato discuterne con il medico specialista che la segue. La possibile efficacia della profilassi dipende in parte anche da un inizio precoce (entro le 4 e non oltre le 48 ore dall'evento). Per tale motivo le viene richiesto ora di sottoscrivere il presente modulo sia in caso decida di assumere i farmaci che di non farlo, avendo la possibilità di ripensamento entro i tempi previsti.

Io sottoscritto/a....., sulla base di quanto discusso con il dottore.....  
e di quanto riportato nel presente modulo,

**DICHIARO di**

**ACCETTARE**       **RIFIUTARE**

l'offerta di una profilassi dell'infezione da HIV.

Ragusa, lì .....

*Firma dell'interessata* .....

*Firma e timbro del medico* .....



### SPAZIO RISERVATO AL MEDICO/BIOLOGO

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ (cognome e nome) dichiara che l'utente ha deciso di non fornire i propri dati per la compilazione del consenso informato dopo aver letto la Nota Informativa su estesa.  
L'utente sarà identificato con il codice

XX	YY	DATA DI NASCITA	NUMERO EPISODIO MODULAB
		/ /	

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

Firma Dirigente Medico/Biologo \_\_\_\_\_