

**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE
DEL TEST HIV**

L'HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) è il virus che causa l'AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), una patologia infettiva che colpisce e compromette gravemente le difese immunitarie dell'organismo umano.

Il test HIV serve per rilevare la presenza nel sangue degli anticorpi anti-HIV, che si sviluppano esclusivamente se la persona che si sottopone al test è venuta a contatto con il virus.

Il test per l'HIV accerta la presenza o meno degli anticorpi contro il virus, ma non dà nessuna informazione sullo stato di salute e/o sul sistema immunitario.

In caso di esito dubbio o positivo sarà necessario eseguire un test di conferma per accertare il risultato.

Il test è volontario, previo consenso, e viene eseguito per motivi di necessità clinica, con lo scopo di tutelare la salute del paziente: una diagnosi precoce permette una scelta più ampia dei metodi di cura.

Si può chiedere la richiesta dell'esecuzione della prestazione in anonimato, ma in ogni caso, viene sempre garantita la tutela della privacy ed il segreto professionale.

La consegna del referto e/o la comunicazione del risultato del test HIV sono di esclusiva pertinenza della persona che si è sottoposta all'accertamento (Legge 135 del 05/06/1990).

**ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ED AUTORIZZAZIONE
ALL'ESECUZIONE DEL TEST HIV**

Nome e cognome:Luogo di nascita

nato/a il

In caso di paziente minore: **Genitori**

Nome e cognome del padre..... Data di nascita

Nome e cognome della madre Data di nascita

In caso di paziente con tutela:

Rappresentante Legale **Amministratore di sostegno** **Tutore/Curatore** (come da provvedimento del Giudice Tutelare allegato)

Nome e cognome: Data di nascita

Nel caso di presenza di:

Interprete e/o Testimone: NO SI

dopo aver ricevuto l'informazione adeguata sul Test HIV, **AUTORIZZO** il Vostro Laboratorio Analisi ad eseguire la ricerca degli anticorpi anti HIV sul mio siero e, nel caso di esito dubbio o positivo, autorizzo il Centro Specializzato di riferimento del Laboratorio ad eseguire il test HIV1/HIV2 RIBA TEST DI CONFERMA.

Inoltre:

Non richiedo la refertazione anonima Richiedo la refertazione anonima

Milano _____

FIRMA DEL PAZIENTE

(o dei genitori e /o del rappresentante legale)

Il trattamento dei dati è conforme alle disposizioni contenute ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e D. lgs10/08/2018 n.101.

Mod.16/LCG-SITO/ Informativa e consenso informato all'esecuzione del test HIV/Rev.0/Maggio 2024

Pag. 1 di 1