

 Istituti Clinici Zucchi Gruppo San Donato	CONSENSO INFORMATO PER ESECUZIONE TEST HIV	Mod. RCZCCIC_2046
<input type="checkbox"/> Presidio di Monza <input type="checkbox"/> Presidio di Carate Brianza <input type="checkbox"/> Poliambulatorio di Brugherio		Rev. 004 del 12/10/2023

La persona che intende sottoporsi ad un test HIV deve per legge esprimere per iscritto il proprio consenso che testimonia delle informazioni ricevute.

HIV (virus dell'immunodeficienza umana) è il virus che causa l'Aids. Questo virus è trasmesso da una persona all'altra attraverso il contatto con il sangue e i rapporti sessuali. Inoltre le donne gravide infette possono trasmettere HIV ai loro bambini durante la gravidanza, il parto o l'allattamento. Le persone con test HIV positivo hanno un'infezione da virus HIV e molte di loro svilupperanno l'AIDS.

Sono consapevole che:

- la positività per anticorpi anti HIV-1/2 non implica diagnosi di AIDS
- risultati positivi indicano necessità di valutazione clinica per eventuali ulteriori indagini
- può verificarsi reattività atipica (falsi positivi)
- un risultato negativo non esclude in assoluto contatto e infezione con HIV
- in caso di test di conferma (Western Blot) indeterminato è consigliabile ripetere l'indagine in tempi indicati da parere clinico.

Le chiediamo di sottoscrivere il Suo consenso in piena conoscenza ad eseguire il test per HIV.

Io sottoscritto/a _____

Nato/a il _____

ESPRIMO IL MIO CONSENSO ED AUTORIZZO L'ESECUZIONE DI TEST HIV sul sangue prelevato in data odierna a me stesso.

Accetto altresì la repertazione non in forma anonima.

Data _____

Firma _____