

## Consenso Informato all'esecuzione del test HIV

Dpz 20 Rrv 01  
18-06-2018

Consenso informato all'esecuzione del test HIV

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ liberamente, spontaneamente e in piena coscienza ACCONSENTO a essere sottoposto/a ad accertamenti sierologici per infezione da HIV, per i quali sono consapevole che è necessario procedere ad un prelievo ematico.

Dichiaro di aver ricevuto un'informazione comprensibile e particolareggiata sull'analisi diagnostica propostami, attraverso un colloquio con un operatore sanitario che ha risposto in maniera esauriente a tutti i quesiti posti.

Dichiaro, inoltre, che mi è stata fornita la garanzia che l'esito di tali esami mi sarà direttamente 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:  SI  NO

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato/a \_\_\_\_\_

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

Firma del Medico \_\_\_\_\_