

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	M-MDL-02
	LABORATORIO ANALISI	
	INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST HIV	
		Rev. n. 6
		Ultima Rev.: 28/06/2022

Gentile Utente,

le seguenti informazioni vogliono renderLa consapevole del tipo di procedura a cui verrà sottoposta/Lei o il Suo familiare. La preghiamo pertanto di leggerle attentamente.

Potrà comunque chiedere ulteriori chiarimenti al Suo Medico curante o al Biologo, prima dell'esecuzione dell'indagine.

L'HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) è il virus che causa l'AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), una malattia infettiva che attacca e compromette gravemente le difese del nostro organismo mettendo a rischio la vita, se non curata. Una persona che contrae l'HIV diventa sieropositiva e può trasmettere l'infezione ad altre persone. Tutti possiamo contrarre l'HIV. L'HIV si trasmette prevalentemente attraverso i rapporti sessuali non protetti con persone con HIV, tramite sangue (ad esempio attraverso aghi adoperati da persone con HIV), oppure da madre con HIV a figlio durante la gravidanza, al momento del parto o attraverso l'allattamento.

COS'È IL TEST HIV

Il test consiste in un normale prelievo di sangue che, analizzato, diagnostica la presenza o meno dell'infezione da HIV. Il test serve a rilevare la presenza nel sangue degli anticorpi anti-Hiv, che si sviluppano solo se la persona che fa il test è venuta in contatto con il virus. Il risultato del test è positivo se si riscontra la presenza di anticorpi contro il virus (sieropositività all'HIV), è negativo quando nel sangue non vi è traccia degli anticorpi (sieronegatività all'HIV).

Il test per l'HIV verifica solo la presenza o meno degli anticorpi al virus, ma non dà nessuna informazione sullo stato di salute e sul sistema immunitario. **Il test non ha alcun valore preventivo ma solo diagnostico.**

E' necessario ricordare che il periodo di formazione degli anticorpi anti-HIV può variare da un minimo di qualche settimana fino a 3 mesi dopo che si è venuti a contatto col virus. Questo arco di tempo è chiamato "periodo finestra". Ciò significa che una persona, pur risultando negativa al test, in quanto non ha ancora sviluppato gli anticorpi, può avere già contratto l'infezione e quindi può trasmettere ad altri il virus. E' necessario eseguire il test il più presto possibile dopo il momento del sospetto di infezione e di ripeterlo alla fine del periodo finestra.

Sapere precocemente di essere sieropositivi consente di effettuare tempestivamente la terapia farmacologica ed evitare la trasmissione dell'HIV ai vostri partner sessuali o tramite scambio di aghi.

Effettuare il test HIV è particolarmente importante per le donne in gravidanza in quanto esistono terapie specifiche per ridurre fortemente la trasmissione dell'HIV dalla mamma al figlio. È necessario, quindi, che la coppia che pensa di avere un figlio si sottoponga al test HIV prima della gravidanza o al suo inizio per tutelare la propria salute e quella del bambino.

LA TUTELA DELL'ANONIMATO E DELLA RISERVATEZZA

Il test HIV viene eseguito in anonimato ed è garantita la massima tutela della privacy ed il segreto professionale.

La comunicazione del risultato del test HIV può essere data esclusivamente alla persona che si è sottoposta al prelievo (Legge 135 del 5 giugno 1990).

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome _____ Luogo di nascita _____
(Prov. _____) Data di nascita _____

DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI TITOLARI CONSENSO:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome _____

Luogo di nascita _____ (Prov. _____) Data di nascita _____

Documento identificativo _____

In qualità di: GENITORE (se Paziente minorenne) TUTORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
 ALTRO _____

Dichiaro di:

- aver letto e compreso l'informativa;
- di essere stato/a informato/a in modo completo ed esauriente sulle indicazioni cliniche dell'esame, sue finalità, modalità di esecuzione, alternative;
- di aver ricevuto risposte approfondite e comprensibili ai chiarimenti da me richiesti.

Pertanto

ACCONSENTO all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV

NON ACCONSENTO all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV

Data _____

Firma del Paziente o del Titolare del consenso _____

Firma del Biologo _____

In qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'atto sanitario è possibile revocare il proprio consenso

REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____

REVOCO il consenso all'atto sanitario su indicato.

Data _____

Firma del Paziente _____

Firma del Biologo _____

** INFORMATIVA E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO devono necessariamente essere stampati fronte / retro.