

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	<b>CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO</b>	<b>M-MDL-02</b>
	<b>SCHEDA INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST HIV</b>	Rev. n. <b>6</b>
		Ultima Rev.: 27/09/2025

*Gentile Signora/Egregio Signore,*

*le seguenti informazioni vogliono renderLa consapevole del tipo di procedura a cui verrà sottoposta/o Lei o il Suo familiare. La preghiamo pertanto di leggerle attentamente per essere in grado di manifestare, mediante firma apposta in calce al documento, il Suo **consenso informato**.*

*Qualora non tutte le informazioni risultassero chiare o esaurienti potrà chiedere ulteriori delucidazioni al suo Medico curante o al Medico che eseguirà l'indagine.*

## **COS'È IL TEST HIV**

Il test per la ricerca di anticorpi anti-HIV serve a rilevare la presenza nel sangue degli anticorpi anti-HIV che si sviluppano solo nel caso in cui la persona che fa il test sia venuta a contatto con il virus, ma non dà nessuna informazione sullo stato di salute e sul sistema immunitario.

**Il test non ha alcun valore preventivo ma solo diagnostico.**

Il risultato del test è **positivo** se viene rilevata la presenza di anticorpi contro il virus (sieropositività all'HIV), mentre è **negativo** quando nel sangue non vi è traccia degli anticorpi (sieronegatività all'HIV).

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.

A volte l'esito del test richiede **ulteriori indagini diagnostiche** attraverso tecniche di biologia molecolare che offrono la possibilità di ricercare direttamente la presenza del virus nel sangue. Vi sarà richiesto pertanto il consenso ad eseguire ulteriori esami.

In ogni caso, qualsiasi sia l'esito, i comportamenti da adottare sono gli stessi (rapporti sessuali sicuri e/o protetti e non utilizzare in comune oggetti taglienti e siringhe).

Il test è particolarmente importante per **donne in stato di gravidanza** giacché una madre contagiata può trasmettere il virus HIV al bambino durante la gravidanza, la nascita o tramite l'allattamento.

E' molto meglio sapere se si è portatori del virus HIV prima della gravidanza o al suo principio, per poter prendere importanti decisioni riguardanti la salute personale e quella del proprio bambino. Se è in stato di gravidanza ed è affetta da HIV, sono possibili delle cure per la salute e per impedire di trasmettere l'HIV al figlio. Se è affetta da HIV e non si cura, la possibilità di trasmettere l'HIV al figlio è di 1 su 4; se si sottopone a terapia, invece, la possibilità di trasmettere l'HIV al figlio è molto più bassa.

## **COME SI ESEGUE IL TEST**

Il Test viene fatto su normale prelievo di sangue eseguito da personale addetto. Il prelievo, che generalmente non causa alcun disturbo al paziente, viene consegnato al Laboratorio Analisi della Casa di Cura Villa Pini per le analisi richieste dal MMG, Medico Specialista o dal diretto interessato.

## **VANTAGGI DI ESEGUIRE IL TEST**

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.

## **A CHI VIENE COMUNICATO L'ESITO DEL TEST**

Il risultato del test è da considerarsi strettamente riservato, pertanto viene comunicato esclusivamente alla persona che lo ha effettuato e/o per seguito di sua richiesta scritta, a mezzo di lettera o fax a lui indirizzata. L'interessato può richiedere, sottoscrivendo l'apposito consenso previsto ai sensi del D.Lgs. 196/03, l'eventuale comunicazione a soggetti terzi specificandone i dati.

Per tutti i dati anagrafici richiesti al momento del test il personale sanitario è vincolato al segreto professionale e d'ufficio e adotta tutte le misure di sicurezza necessarie a garantire la massima riservatezza.

## Ulteriori domande relative alla procedura/alle possibili complicanze

DOMANDA \_\_\_\_\_

RISPOSTA \_\_\_\_\_

DOMANDA \_\_\_\_\_

RISPOSTA \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_

Rappresentante legale di \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_

N. Documento identificativo \_\_\_\_\_

Dichiaro di:

- Aver letto e compreso l'informativa;
- Aver avuto risposte soddisfacenti ai chiarimenti richiesti;
- Aver ricevuto informazioni sufficienti e comprensibili.

E pertanto

☐ **Acconsento** ☐ **Non acconsento**

ad essere sottoposto/a al prelievo di campioni di sangue per l'esecuzione del test HIV, che verrà praticato dall'équipe del Laboratorio Analisi della Casa di Cura

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

(\*) *In caso di minore/interdetto è necessaria la firma di un genitore/tutore.*

Nome e Cognome del sanitario che ha fornito le spiegazioni, registrato il consenso e convalidato l'esecuzione della procedura

Firma sanitario

Nome e Cognome del secondo sanitario che ha eventualmente assistito alla spiegazione

Firma sanitario

*Se, in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'atto sanitario, volesse revocare il consenso è pregato di compilare la parte sottostante:*

### REVOCO IL CONSENSO

In data \_\_\_\_\_ Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Firma

*Il consenso informato del paziente all'esecuzione della procedura deve necessariamente essere stampato fronte/retro.*