



**CENTRO DIAGNOSTICO SOLBIATESE S.r.l.**  
via dei Patrioti, 65 – 21058 Solbiate Olona (VA)  
Tel. 0331.641111 Fax 0331.642229  
[.cdssnc.com](http://cdssnc.com) – [info@cdsmed.com](mailto:info@cdsmed.com)

Modulo MSQ 30.22 del 28.11.2018 rev. 1

## INFORMAZIONI PER IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST HIV

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 (senza preservativo) 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.

**Effettuare il test HIV è particolarmente importante per le donne in gravidanza.** 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.

**Il test HIV.** L'unico modo per sapere se si è contratto l'HIV è fare un'analisi che prevede uno o più prelievi successivi di campioni di sangue. I tempi per l'esecuzione del test e per il ritiro dei risultati sono variabili per ragioni di tipo tecnico e indipendentemente dall'esito dell'analisi. Gli operatori sanitari della struttura dove viene effettuato il test HIV sono a disposizione per fornire spiegazioni relative ai risultati dell'indagine diagnostica.

**Il risultato del test HIV.** Se il risultato del test HIV è:

**NEGATIVO/NON REATTIVO** significa che non ci si è infettati. Si può imparare a proteggersi dall'infezione chiedendo informazioni al proprio medico o telefonando al Servizio (anonimo e gratuito) "Telefono Verde AIDS e Infezioni sessualmente trasmesse" dell'Istituto Superiore di Sanità - 800-861061, dal lunedì al venerdì, dalle ore 13,00 alle ore 18,00.

**POSITIVO/REATTIVO**, occorre rivolgersi quanto prima a un Centro di Malattie Infettive per ricevere le cure necessarie a controllare l'infezione.

**Privacy e gratuità.** Si può chiedere di eseguire il test HIV in anonimato e gratuitamente presso strutture pubbliche (U.O. AIDS della ASL, reparti malattie infettive A.O.); in ogni caso è garantita la massima tutela della privacy ed il segreto professionale, anche per le persone straniere prive del permesso di soggiorno. 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). La legge vigente protegge da discriminazioni derivanti dal risultare positivo all'HIV e assicura a tutte le persone, italiane e straniere, le eventuali terapie necessarie.

MOD HIV (parte da consegnare all'utente)



MOD HIV (parte da conservare presso la struttura sanitaria)

### ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV

*Ai sensi e per gli effetti del dlgs. n. 196/2003, previa informativa, i dati vengono raccolti ai soli fini del consenso informato. Essi sono soggetti al segreto professionale e non saranno comunicati ad alcuno, ma conservati esclusivamente all'interno della struttura presso cui si è effettuato il test.*

Io sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

in proprio  nella qualità di \_\_\_\_\_ (si allega la relativa documentazione):

### DICHIARO

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario attraverso:  l'informativa fornita,  il colloquio con un operatore sanitario; e liberamente, spontaneamente e consapevolmente, esprimo il consenso all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV.

Firma leggibile \_\_\_\_\_

Firma leggibile dell'operatore sanitario \_\_\_\_\_

Acconsento a che il risultato del test, *se positivo*, venga comunicato al medico inviante

Firma leggibile \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_